

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Nejčastější sociálně patologické jevy na 2. stupni základní školy

**The most common changes in the field of socially pathological
changes at the 2nd stage of Primary school**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

PeaDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:

Pavla Kočová

Praha 2016

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PeadDr. Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení, pomoc a rady při zpracování této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou prací „Nejčastější sociálně patologické jevy na 2. stupni ZŠ“ vypracovala samostatně a s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Pavla Kočová

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku nejčastějších sociálně patologických jevů žáků na druhém stupni základní školy. Teoretická část je zaměřena na zmapování výskytu různých druhů sociálně patologických jevů v období dospívání. Vymezuje základní pojmy, týkající se sociálně patologických jevů, vymezuje žáka druhého stupně základní školy z hlediska vývoje a popisuje vybrané sociálně patologické jevy, vyskytující se na druhém stupni základní školy. Praktická část je zaměřena na zjištění nejčastěji se vyskytujících sociálně patologických jevů u žáků na druhém stupni základní školy. Pro jejich zjištění je využita metoda dotazníkového šetření a případová studie.

Annotation

Bachelor degree thesis is focused on the social pathological phenomena of junior school pupils. Theoretical part describes different kinds of social pathological phenomena that can occur during teenage period. This part explains basic terms concerning social pathological phenomena. Not only there is a description of a junior school pupil development but it describes chosen social pathological phenomena occurring at junior schools as well. Practical part finds the most frequent social pathological phenomena of junior school pupils. Questionnaire survey and case study are used for their identification at schools.

Klíčová slova

Sociálně patologický jev, žák, adolescence, učitel, prevence, intervence, poradenský systém, sociální práce.

Keywords

Social pathological phenomenon, pupil, adolescent, schoolteacher, prevention, intervention, counseling system, social work

Obsah

ÚVOD	8
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	10
1.1. Sociální patologie, sociálně patologické jevy	10
1.2. Rizikové chování	11
1.3. Disociální chování	11
1.4. Asociální chování	12
1.5. Antisociální chování	12
2 ŽÁK DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY Z HLEDISKA PSYCHICKÉHO VÝVOJE	14
2.1 Adolescence	14
2.1.1 Základní charakteristiky	15
2.1.2 Rizikové chování v období adolescence	16
2.2 Socializace, socializační činitelé	17
3 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY NA DRUHÉM STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY	21
3.1 Agresivita	21
3.2 Šikana	24
3.2.1 Prevence a intervence	27
3.3 Kyberšikana	28
3.3.1 Prevence a intervence	31
3.4 Sebeпоškozování	33
3.4.1 Prevence a intervence	35
3.5 Poruchy příjmu potravy	36
3.5.1 Prevence a intervence	38
3.6 Zneužívání návykových látek	39
3.6.1 Prevence a intervence	43
3.7 Kriminální činnost, delikvence	44
3.7.1 Prevence a intervence	46

4 PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ NA DRUHÉM STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY	48
5 SYSTÉM PÉČE V RÁMCI SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ NA ŠKOLÁCH	53
6 MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE	60
7 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	64
7.1 Cíle dotazníkového šetření	65
7.2 Výsledky dotazníkového šetření	66
8 PŘÍPADOVÁ STUDIE	68
9 SHRNU TÍ	73
10 DISKUSE	74
ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	78
PŘÍLOHY	84

Seznam zkratek

ČR – Česká republika

KBT – kognitivně behaviorální terapie

KÚ – krajský úřad

MMS – multimediální zprávy

MPP – Minimální preventivní program

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

NNO – nestátní nezisková organizace

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PC – osobní počítač

pol. - pololetí

PPP – poruchy příjmu potravy či pedagogicko-psychologická poradna

RVP – rámcový vzdělávací program

Sb. – Sbírka zákonů

SMS – služba krátkých textových zpráv

soc. pat. jevy – sociálně patologické jevy

ŠVP – školní vzdělávací program

tř. – třída

TV – televize

ZŠ – základní škola

ÚVOD

Téma sociálně patologických jevů vždy bylo, je a bude stále aktuální. Nežádoucí společenské jevy jsou všude kolem nás a obklopují nás dnes a denně. Najdeme je v každé generaci, u osob různého věku, etnika i pohlaví. Některé sociálně patologické jevy se vyskytují ve vyšší míře, některé jsou téměř nové a přináší je dnešní doba. Člověk je v dnešní době mnohem více vystaven nejrozličnějším vlivům prostředí a to bohužel i vlivům, které jsou negativní. S vývojem moderních technologií a vůbec celkovým rozvojem společnosti, se objevují nové možnosti způsobu pronikání sociálně patologických jevů do společnosti. Dochází tak k většímu riziku náchylnosti vůči nim a nejvíce jsou náchylné právě děti, mladiství a dospívající.

První projevy nežádoucího chování se objevují již v mladším školním věku či rané adolescenci. Jedná se například o záškoláctví, šikanu, kyberšikanu, krádeže, vandalismus, závislosti, rizikové sexuální chování, nezdravé stravovací návyky, extremismus a další. V průběhu dospívání se závažnost sociálně patologických jevů zvyšuje. Vliv na podlehnutí jedince danému sociálně patologickému jevu ovlivňuje mnoho faktorů. Jedinec je ovlivněn vrstevnickou skupinou, ale také rodinou či školou.

Nejen pedagogové a pomáhající pracovníci by měli být informováni o nástrahách a nebezpečích, která vyplývají ze současné společnosti a prostředí, kterým jsme všichni obklopani. Základní informace by měla znát široká veřejnost. Měly bychom vědět, jak těmto negativním jevům předcházet, jak s nimi pracovat a jaké jsou možnosti řešení.

Cílem této bakalářské práce je zmapování různých sociálně patologických jevů, které působí na žáka druhého stupně konkrétní základní školy v průběhu dospívání. Nejprve je na situaci a jednotlivé sociálně patologické jevy nahlédnuto z pohledu odborné literatury. Poté jsou získané poznatky z publikací a internetových zdrojů porovnány s aktuální situací na druhém stupni konkrétní základní školy. V souvislosti se situací se zabývám možnostmi prevence, možnostmi sociální práce, která by pomohla řešit sociálně patologické jevy na této škole a konkrétními organizacemi, které se nachází především v severních Čechách, ale i v Praze. Pro zjištění aktuální situace je použito dotazníkové šetření prováděné v 7. a 9. třídách ZŠ, které by mělo prokázat nejčastější vyskytující se sociálně patologické jevy na vybrané základní škole.

Pro dotazníkové šetření je zvolena základní škola v oblasti severních Čech – ZŠ Český Dub. Na zmíněné škole by mělo za posledních 5 let docházet ke zvýšenému výskytu sociálně patologických jevů. Je otázka, zda jde spíše o fenomén, který sebou nese současná doba a společnost, či se jedná o jiné příčiny. Součástí bakalářské práce je také kazuistika, která dokumentuje jeden z konkrétních sociálně patologických jevů.

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Sociální patologie, sociálně patologické jevy

Pojem sociální patologie pochází z latinského slova pathos = choroba, utrpení. Jedná se o souhrnné označení abnormálních, nezdravých a obecně nežádoucích společenských jevů, které jsou označovány jako sociálně patologické. Tyto jevy společnost vnímá jako nechtěné, nežádoucí a nepřijatelné. Každý jev má svou míru společenské nebezpečnosti (Fischer, Škoda, 2009). Jedlička považuje sociálně patologické jevy za jevy, které jsou nejvíce sociálně problematické a svými důsledky nejvíce nebezpečné, pro jedince samotného i celou společnost (Jedlička, 2015). Internetový slovník cizích slov ABZ definuje sociálně patologické jevy jako „*společensky nežádoucí jevy (např. nezaměstnanost, chudoba, vysoká rozvodovost, extrémně zvýšená nemocnost) a především společensky nebezpečné jevy (např. poruchy chování, násilí, vandalismus, terorismus, šikana, kriminalita, rasismus, drogové závislosti, alkoholismus, prostituce, pornografie, gamblerství)*” (Sociálně patologické jevy, dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz>). Znakem sociálně patologických jevů je vychýlení se od běžných norem a pravidel dané společnosti, nerespektování požadavků kladených na jednotlivce či skupinu. Společnost je ohrožena z hlediska mravnosti a morálky (Sociálně patologické jevy ohrožující děti a mládež, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu>).

Norma je v obecném smyslu *pravidlo pro posouzení určitého jevu (například: kulturní, statistická, etická)* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 351-352). Dle Fischera a Škody (2009) jde o jaká si pravidla, která určují vzorce a způsoby chování jedinců či skupin. Říkají nám co je pro danou společnost přiměřené, přijatelné a žádoucí a jaké naopak nepřiměřené, nepřijatelné a nežádoucí. Normy se mohou v daných kulturách či subkulturách odlišovat. Při nedodržování daných norem mohou následovat negativní reakce (neformální normy – reakce vůči deviantním projevům, způsobům chování) či sankce (formální normy – sankce stanovené na základě zákonných norem a pravidel, které lidé musí dodržovat) (Fischer, Škoda, 2009).

Sociálně patologickým jevem se rozumí takové chování jedince, které se vyznačuje především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot. Jde o chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince a prostředí, ve kterém jedinec žije a pracuje. Důsledkem jsou

pak individuální, skupinové či celospolečenské poruchy a deformace (Sociálně patologické jevy ohrožující děti a mládež, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu>).

1.2 Rizikové chování

Jde o formy chování, které jsou společensky či kulturně nepřijatelné až zakázané. Pojmem rizikové chování chápeme jako chování, které přímo či nepřímo ústí v psychosociální či zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí. Mezi rizikové chování řadíme: záškoláctví, lhaní, agresivitu a agresivní chování, šikanu, kyberšikanu, násilné chování, obecně kriminální chování (především krádeže), vandalismus, závislostní chování (legální a ilegální návykové látky, problémy spojené s užíváním PC, ...), rizikové chování na internetu, rizikové sexuální chování, rizikové chování v dopravě, extrémně rizikové sporty a hazardní aktivity (hazardní aktivity nepočítají s reálným rizikem smrti), užívání anabolik a steroidů, nezdravé stravovací návyky, extremismus (ideologie, na jejichž základě jedinci neuznávají etnické, právní či společenské standardy), xenofobii¹, rasismus, intolerance, antisemitismus (náboženská, národnostní a rasová nesnášenlivost projevující se nenávisť vůči Židům) (Sobotková, 2014; Hartl a Hartlová, 2010). Dle internetového portálu: „Pražské centrum primární prevence“ jde o chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost (Rizikové chování, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>).

1.3 Disociální chování

Dle Velkého psychologického slovníku se jedná o nepřizpůsobivé, nespolečenské a nesociální chování. Disociální chování definují Hartl a Hartlová jako: „*společensky nepřizpůsobivé, nepřiměřené, u osob egoistických, nezdrženlivých, se sklonem k protispolečenským a kriminálním činům, k opakované trestné činnosti, často bez výrazné nenávisti*“ (Hartl a Hartlová, 2010, s. 203). Jde o nepřiměřené chování, které však lze zvládnout běžnými pedagogickými postupy – vzdorovitost, zlozvyky, negativismus. Většinou je přechodného charakteru. Toto chování může mít různé příčiny: posílení sebevědomí, strach, získání výhody, školní problémy, vynucování pozornosti (Klasifikace poruch chování, dostupné z: <http://www.zsodrypohorska.cz>). Pilař definuje disociální chování jako: „*krátkodobé projevy chování charakteristické pro určitá věková období*“

¹ Xenofobie je nedůvěra a nadměrný strach ze všeho cizího – neznámých lidí, míst, cizinců, atd. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 682)

(např. období puberty nebo dětský vzдор)” (Pilař in Jedlička, 2015, s. 384). Toto chování nevzniká patologicky a neškodí okolí (Pilař in Jedlička a kol., 2015).

1.4 Asociální chování

Dle Hartla a Hartlové se jedná o chování, které „*neodpovídá společenské morálce, ale nevede ještě k ničení společenských hodnot*” (Hartl a Hartlová, 2010, s. 49). Dle téhož psychologického slovníku je také definováno jako: „*nespolečenské jednání, které neodpovídá mravním normám dané společnosti, nedosahuje však úrovně ničení společenských hodnot, jako je tomu v případě antisociálního chování či vandalismu*” (Hartl a Hartlová, 2010, s. 203). Dále je definováno jako porušení společenských norem, které však svou intenzitou neporušuje právní předpisy. Jedinec většinou poškozuje sebe. Toto jednání vyžaduje speciálně pedagogický přístup v podobě poradenské či ústavní péče ve speciálních výchovných zařízeních. Jedná se o krádeže, útěky, záškoláctví, závislostní jednání, autoagrese, sexuální deviace či sebevražda. Příčinou může být neúspěch, šikana, problémy v komunikaci, reakce na náročnou životní situaci, upoutání pozornosti, a další (Klasifikace poruch chování, dostupné z: <http://www.zsodrypohorska.cz>). Asociální chování již poukazuje na určitý patologický obraz jedince – na hranici etiky a morálky, ale zvláštním způsobem jedinec neohrožuje své okolí (závislostní chování, získání výhod intrikou, atd.) (Pilař in Jedlička, 2015).

1.5 Antisociální chování

Sobotková (2014) označuje za antisociální chování takové chování, které porušuje normy, hodnoty a principy přijaté či uznávané danou společností (normy, hodnoty a zásady společenství, jehož je jedinec, který dané normy narušuje, příslušníkem). Psychologický slovník definuje toto chování jako nepřátelské chování, které škodí společnosti. Jde o chování vyznačující se záporným postojem k druhým lidem. V téže slovníku definuje Hartl a Hartlová jako: „*protispolečenské chování kriminálního charakteru (zahrnuje veškeré protispolečenské jednání obsažené v trestním řádu společnosti*” (Hartl a Hartlová, 2010, s. 203). Podle samotné definice pojmu jde o chování namířené proti normám a zvyklostem, které jsou přijaté či uznávané určitou společností. Zahrnuje širokou škálu chování, které je bráno jako přestupek (krádeže, vandalismus, agrese, ...). Jde o chování, které není ve veřejném zájmu a může ostatním ublížit (Sobotková, 2014). Toto chování porušuje morální, právní a sociální normy a poškozuje

okolí jedince (skutky nebezpečné pro společnost). Antisociální chování je často doprovázeno agresivitou a ubližováním druhým (Pilař in Jedlička, 2015).

Sobotková (2014) rozlišuje dvě základní formy antisociálního chování - méně závažné a závažnější. Méně závažná forma se projevuje především porušováním pravidel, které je označováno jako neposlušnost či problémy s chováním. Právě v období adolescence dochází ke zvýšené míře neukázněnosti (nedodržování dohod, porušování pravidel, přestupky proti organizačním řádům, ...). Závažnější formou antisociálního chování jsou potom činy, které mohou naplnit právní podstatu přestupku či trestného činu. Ty se dělí na majetkové delikty (poškození majetku, krádeže, ...) a násilné chování (fyzické souboje, nošení zbraně, ...). V adolescenci jsou však častější méně závažné formy (Sobotková, 2014). Náprava spočívá v ústavní péči - školská zařízení, věznice (Klasifikace poruch chování, dostupné z: <http://www.zsodrypohorska.cz>). Antisociální chování patří k základním zdrojům rizik vývoje v adolescenci (Sobotková, 2014).

2. ŽÁK DRUHÉHO STUPNĚ ZÁKLADNÍ ŠKOLY Z HLEDISKA PSYCHICKÉHO VÝVOJE

V souvislosti se sociálně patologickými jevy na druhém stupni základní školy, je nutno zmínit charakteristiku žáků druhého stupně základní školy z hlediska vývoje.

Na druhém stupni základní školy dochází k přechodu mezi obdobím mladšího a staršího školního věku, což sebou přináší řadu psychických, fyzických a sociálních změn, které se svým způsobem podílejí na sociálně patologických jevech.

Různí autoři řadí do druhého stupně základní školy různá vývojová období. Dle Thorové (2015) zahrnuje 2. stupeň ZŠ období mladšího školního věku a období adolescence. Mladší školní věk neboli „období středního dětství“ dělí na rané (6-9 let) a pozdní (10-12 let), které je také označováno jako prepubescence. Období adolescence (dospívání) potom začíná nástupem puberty okolo 12-13. roku a končí okolo 19. roku života. Vágnerová (2012) řadí do 2. stupně ZŠ střední školní věk (9-12 let – dítě přechází na druhý stupeň základní školy) a starší školní věk neboli „období druhého stupně základní školy“ (11,12-15 let). Charakterizuje ho však i jako období adolescence – období dospívání (10-20let). Dle Sobotkové (2014) se jedná o žáky v období časně až střední adolescence.

Při následujících charakteristikách žáka druhého stupně základní školy, pojmám toto období, jako období adolescence. Přikláním se tedy k dělení Vágnerové (2012) a Sobotkové (2014).

2.1 Adolescence

Období adolescence neboli dospívání začíná nástupem puberty (okolo 10-13 roku), jejíž nástup signalizují specifické změny. V základním smyslu je adolescence vymezena jako životní etapa spojená s biologickým zráním, zrychlením tělesného růstu a schopností reprodukce. Dospívání je také spojováno s řadou psychických změn a novým sociálním zařazením jedince. Dochází k pohlavnímu dozrání, hormonálním změnám a fyzickému růstu, rozvíjí se také schopnost sebereflexe a seberegulace. Změny také probíhají v oblasti sociálního učení. Zjednodušeně jde o přechod mezi dětstvím a dospělostí, a to v oblasti fyziologické, psychologické a sociální. V současném pojetí adolescence spadá do druhé části života jedince. Často bývá rozdělována do dvou (1. Pubescence → 11-15let, 2. Adolescence → 16-20let) či tří (1. Časná adolescence → 10-13let, 2. Střední

adolescence → 14-16let, 3. Pozdní adolescence → 17-20let) etap (Sobotková, 2014). Vágnerová (2012) dělí toto období na ranou adolescenci (11-15let) a pozdní adolescenci (15-20let).

2.1.1 Základní charakteristiky

Na adolescenta je okolím kladeno mnoho sociálních požadavků – příprava na samostatný život, sociálně odpovědné chování. To vede k vyšší míře stresu, úzkosti a odmítání dospělosti. Časnější zahájení puberty je rizikovým faktorem pro vznik různých psychických problémů a obtíží v chování (Thorová, 2015).

Dle Vágnerové (2012) je v tomto období důležité naplňování těchto základních psychických potřeb: potřeba jistoty a bezpečí, potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti. Dospívající jedinec je více podrážděný, labilní a přecitlivělý i na běžné podněty. Citové prožitky bývají většinou proměnlivé a krátkodobé a emoční reakce bývají často nepřiměřené.

Cílem adolescence je vytvoření vlastní (osobní) identity - dosažení této identity je velmi individuální (Sobotková, 2014). Dospívající získává pocit vlastní totožnosti a dochází k utváření vztahu k okolnímu světu, který je tvořen určitým názorem na svět a životním stylem (Thorová, 2015). Nedostatečný prostor a malá příležitost k dostatečnému začlenění do světa dospělých může vést k nežádoucím, rizikovým až nebezpečným cestám k formování vlastní identity (sekta, parta s delikventním zaměřením, experimentování s drogami, atd.). Výrazem hledání identity jsou také tzv. subkultury mládeže (Sobotková, 2014). Příslušnost k subkultuře projevují svými postoji a názory, chováním, symboly, vzhledem a způsobem vyjadřování (Thorová, 2015). Mají své rituály a svůj vlastní způsob vyjadřování, čímž významně ovlivňují postoje, hodnoty a zájmy svých členů (Firstová 2014). Součástí osobní identity je také vztah a příslušnost k určitým sociálním skupinám. Typické adolescentní skupiny se formují na základě určitých idejí (kritika a opozice vůči současné společnosti). Skupinová identita má v dospívání významnou roli. Pomáhá překlenout období nejisté osobní identity - proto se dospívající stávají často součástí různých subkultur (Thorová, 2015). Formování identity probíhá v různých oblastech života – rodina, práce, škola, atd. Utvoření vlastní identity by mělo vést k odpoutání se od rodičů a k dosažení samotného fungování ve světě – chovat se zodpovědně (Sobotková, 2014). Emoční závislost na rodičích se postupně přeměňuje ve vztah vzájemné podpory, respektu a spolupráce. Adolescenti své rodiče sice kritizují,

ale také chválí a oceňují. Pro období adolescence své rodiče velmi potřebují. Dodávají jim určitou pozornost a výchovnou pomoc ve formě povzbuzování ke školnímu úspěchu, vysvětlování hranic, učení a sdílení hodnot či podpory při rozhodování. Předčasné odpoutání od rodičů má na dospívajícího spíše negativní vliv. Důležitou roli hraje trávení volného času, například společné stolování. Děti z rodin, které společně stolují, méně kouří, méně frekventovaně a méně intenzivně zneužívají alkohol a marihuanu, méně rodičům lžou, méně se zapojují do fyzických potyček, méně se u nich objevují myšlenky na sebevraždu a sebevražedné pokusy a později zahajují sexuální život. Kontrola adolescenta, ze strany rodičů, by měla mít své hranice a být přiměřená. Pokud rodič adolescenta příliš kontroluje, má menší šanci na získávání informací – dospívající se doзору brání a informace před rodiči skrývá (příliš se nesvěřuje). Důsledkem je potom častější výskyt delikventního chování. Provokativní chování a testování reakcí dospělých slouží k získávání sociálních zkušeností. Výrazně problémoví adolescenti však tvoří jen minoritu. Většina dospívajících (80%) má s rodiči vřelý a vzájemně akceptující vztah (Thorová, 2015).

2.1.2 Rizikové chování v období adolescence

Období dospívání, ve kterém není jedinec vnímán ani jako dospělí a ani jako dítě, pomáhají překlenout jednotlivé způsoby adaptace, které jsou pak spojovány s rizikovým chováním (způsoby chování). Důvody chování v adolescenci dělí Sobotková (2014) do tří základních skupin: (1) formování identity, (2) vztahy s vrstevníky, (3) vztahy s dospělými. Do skupiny „formování identity“ řadíme: nápodobu dospělých (předčasné vyspělé jednání – například kouření cigaret, konzumace alkoholu či sexuální chování → zprostředkování pocitu dospělosti), dosažení autonomie (adolescent demonstruje na sobě i ostatní, že je schopen rozhodovat se sám, nezávisle na názorech rodičů či jiných dospělých), identifikaci a diferenciaci (například užívání drog, sexuální chování či stravovací návyky), sebepotvrzování a experimentování (adolescenti vyhledávají potvrzování své autonomie od druhých, především dospělých – např. hraní riskantních her, nebezpečné řízení auta, atd.) překračování limitů (jde o fyzickou a duševní separaci od nukleární rodiny → potřeba jít proti zákonům a pravidlům – např. užívání drog), vyhledávání nových zážitků (prožívat nové emoce, nové věci, vyhledávat to, co je jiné či neobvyklé – například sexuální chování, užívání psychoaktivních látek, nebezpečné jednání), vnímání vlastní kontroly (adolescent má potřebu vlastní kontroly svých skutků → provádí riskantní věci aby dokázal, že je situaci schopen zvládnout

sám – např. rizikové chování týkající se stravování, nebezpečného řízení auta a nebezpečných situací vůbec), Coping (zvládání) a únik (užívání různých drog, alkohol, poruchy příjmu potravy či hledání útěchy v jídle). Do druhé skupiny „vztahy s vrstevníky“ spadá: komunikace (potřeba komunikace s vrstevníky je velmi důležitá → některé druhy rizikového chování využívány pro povzbuzení ke komunikaci – například konzumace marihuany, alkoholu nebo psychoaktivních látek), sdílení zážitků a emocí (potřeba vyjádření identity se skupinou, ke které adolescent patří nebo patřit chce – například užívání psychoaktivních látek a nebezpečné chování), sdílený rituál (mnoho druhů rizikového chování spojuje adolescenty s vrstevníky ritualizovaným chováním – např. užívání marihuany, cigaret, alkoholu, ale také sexuální chování či skupinové agresivní chování), napodobování a soutěživost (jedinci napodobují chování, které vidí u ostatních jedinců – např. nebezpečné jednání, deviantní jednání, užívání psychoaktivních látek, nebezpečné sexuální chování a poruchy stravování), zkoumání reakcí a limitů (potřeba testování reakcí dospělých, rodičů či učitelů → co se stane, pokud bude pravidlo porušeno – např. poruchy příjmu potravy, užívání drog či deviantní chování). Poslední, tedy třetí, skupinou jsou „vztahy s dospělými“, do kterých patří: zkoumání reakcí a limitů, diferenciací a opozice (potřeba hledat jiné modely než jsou dospělí nebo rodiče → hledání mezi vrstevníky - adolescent má potřebu jednat opačně od přesvědčení rodičů).

2.2 Socializace, socializační činitele

Socializace je celoživotním procesem, kterým se člověk začleňuje do společnosti (Thorová, 2015). Jde o proces, ve kterém se utváří osobnost člověka (Matoušek, 2008). Hartl a Hartlová definují socializaci jako: *„začleňování člověka do společnosti prostřednictvím nápodoby a identifikace; zprvu v nukleární rodině, pak v malých společenských skupinách, až po zapojení do nejširších, celospolečenských vztahů“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 537). *Vývojem se člověk mění v kulturní osobnost* (Thorová, 2015, s. 181), která je schopna fungovat v lidské společnosti. Jedinec je společností ovlivňován a zároveň ji mění - vzájemná interakce (Thorová, 2015). Prostřednictvím socializace si člověk osvojuje základní etické a právní, společenské hodnoty a učí se zastávat různé sociální role (Hartl, Hartlová, 2010). Dochází k tzv. internalizaci sociálních norem². Primární socializace probíhá v rodině, sekundární socializace potom probíhá ve výchovných, vzdělávacích a jiných institucích, do kterých se jedinec dostává (Matoušek,

² Proces, během kterého si jedinec osvojuje normy své kultury, rodiny či jiné skupiny, ve které je vychováván (Matoušek, 2008, s.80).

2008). Socializaci jedinci zprostředkovává společnost prostřednictvím socializačních činitelů (Thorová, 2015). Socializační činitele tvoří jednotlivci, skupiny či organizace, které ovlivňují chování jedince a utváření jeho vlastního „já“ (sebejá – Self). Mají vliv na vývoj člověka prostřednictvím odměn a trestů a při osvojování sociálních vzorců a rolí - mohou sloužit jako modely lidského jednání (Kořa in Jedlička, 2015).

Významným činitelem pro socializaci je takzvaná „referenční skupina“. Hartl a Hartlová tuto skupinu definují takto: „*sociální jednotka, do níž člověk buď patří, nebo se ztotožňuje s jejími normami, chce k ní patřit*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 532). Tato skupina má pro jedince srovnávací a normativní funkci – vzory přejímané z referenční skupiny udávají hodnoty a normy, které člověk respektuje či se jim podřizuje (Kořa in Jedlička, 2015). Silně ovlivňuje prožívání a chování jedince (Hartl, Hartlová, 2010). Referenční skupiny zahrnují nejen členské skupiny (člověk k nim patří), ale také skupiny, ke kterým by člověk patřit chtěl. Referenční skupina může být pozitivní (jedinec by se v budoucnu rád stal jejich členem) nebo negativní (jedinec je odmítá a do budoucna se k nim nechce připojit).

Největší vliv na socializaci jedince má rodina – primární činitel socializace, skupina vrstevníků a masově sdělovací prostředky (PC, televize, letáky, knihy, apod.). Později začíná být dítě ovlivňováno vzory, se kterými se setkává v televizních programech a knihách. Důležitost sociálních vztahů mimo rodinu vzrůstá v období pozdního dětství a adolescence (Kořa in Jedlička, 2015).

Rodina má významný vliv na vývoj a sebepojetí jedince již od raného dětství (Kořa in Jedlička, 2015). Rodina je dle Hartla a Hartlové: „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s.504). Je zprostředkující skupinou mezi jedincem a společností. Poskytuje zázemí, které je nezbytné pro společenskou seberealizaci, zkušenosti a potřebné vzorce chování, které v jiném prostředí nelze získat – pro každou rodinu specifické (Fischer, Škoda, 2009). Ovlivňuje vývoj jedince již od narození (vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv). Jedinec také získává, prostřednictvím rodiny, základní stupnici hodnot, díky které se připravuje na společenský život (Kořa in Jedlička, 2015). Rodina by měla plnit tyto základní funkce: (a) biologicko-reprodukční, (b) ekonomická, (c) socializačně-výchovná, (d) emocionální. Dle Jedličky patří mezi socializační funkce rodiny uspokojování biologických potřeb dítěte, zajištění podmínek pro zrání a růst, příprava na přijetí rolí a vzorů jednání → utváření návyků, sebekontrola, učení, přijetí disciplinovaných forem

jednání, atd. (Jedlička, 2004). Studie o rodinné socializaci odlišují 3 styly rodičovské výchovy – Autoritářský, Liberální a Autoritativní. Dle D. Baumrind mají děti autoritativních rodičů větší tendenci být nezávislé, přátelské a kooperativní a děti od autoritářských či liberálních rodičů mají větší sklon k závislosti, uchylují se pod ochranu dospělých, jsou sobečtější a málo kooperují se skupinou vrstevníků (dříve měly málo svobody a později ji chtějí příliš mnoho - výsledkem je nepřizpůsobivé chování jedince) (Kot'a in Jedlička, 2015). Na druhém stupni ZŠ je rodina pro jedince stále důležitým zázemím (přesto, že se od ní začínají odpoutávat). Dochází k redukci formálně nadřazené autority rodičů (Vágnerová, 2012).

Dalším socializačním činitelem je vrstevnická skupina, jejíž význam v adolescenci významně vzrůstá. Vztahy s vrstevníky poskytují citovou podporu, ujišťují dospívajícího o jeho hodnotě pro druhé a pomáhají snižovat závislost na rodičích. Zvyšuje se také vliv vrstevnické skupiny na osobnost a chování jedince – rozvíjí se jeho schopnost spolupráce. Změny v období dospívání probíhají nepřetržitě v souvislosti s vlivy prostředí, jejichž výsledná součinnost určuje, zda budou konečné změny pozitivní či negativní. Negativně na vývoj adolescenta působí především nedostatek zájmu rodičů a styk s vrstevníky, kteří mají narušené chování (Thorová, 2015). Názor rodičů a učitelů má poloviční důležitost vzhledem k názoru vrstevníků (Sobotková 2014). Pubescent se se skupinou vrstevníků identifikuje (získání určité sociální identity) - je zdrojem potřebné emoční a sociální podpory. Mimo symetrické přátelské vztahy zde vznikají i hierarchizované organizovanější party - mají vůdce, kterého musí jedinci respektovat. Socializaci ve skupině dělí Vágnerová do několika fází: (1) vstup do skupiny a adaptace na ni, (2) přijetí skupinové identity (ztotožnění se skupinou, přijetí jejích pravidel, splnění vývojové funkce), (3) postupné odpoutání od skupiny a osamostatnění (Vágnerová 2012). Obliba a společenská úspěšnost se stává hmatatelným potvrzením sebehodnocení. Mnohé záležitosti na referenční skupině, kterou si adolescent zvolí. Někteří se identifikují s vynikajícími studenty, atlety, někteří vzhlížejí k filmovým idolům či se stávají závislí na delikventech (narkomani, sprejeři, ...). Způsob, jak adolescent hodnotí sám sebe, závisí na tom, zda je akceptován specifickou skupinou, nikoli školou. To, že jsou adolescenti orientováni na vrstevníky, neznamená, že jsou naprosto odcizení rodině. I přes mnohé hádky má ke své rodině většina adolescentů citové pouto a respektují ji – vědí, že jim rodiče mnohé obětují (Sobotková, 2014).

Významným socializačním činitelem je také škola a volnočasové instituce. Škola má velký význam pro budoucí sociální zařazení a profesní přípravu - připravuje mladého člověka na budoucí zaměstnání (Vágnerová, 2012). Koťa zdůrazňuje základní funkce školy, které by mělo zařízení plnit: (1) výchovná funkce, (2) vzdělávací funkce, (3) ochranná funkce, (4) integrační funkce, (5) selektivní funkce, (6) kvalifikační funkce, (7) resocializační a nápravná funkce (Koťa in Jedlička, 2015). V prostředí třídy si děti vytváří svou vlastní „subkulturu“, která se vyznačuje zvláštním jazykem, zvyklostmi a rituály. Ve třídě jsou i podskupiny (sub-subkultury), vyznačující se bližším kontaktem mezi jejich členy – motivované společnými zájmy a činnostmi. Významnou roli má v prostředí třídy učitel. Učitel udává hodnocení žáků (známky, poznámky, hodnocení dítěte vzhledem k rodičům, oznámení učiněná na místním OSPOD či policejním orgánům, atd.) a na jeho angažovanosti (preferování či zatracování některých dětí) závisí i jejich přijetí kolektivem (Matoušek a Matoušková, 2011). Škola učí specifickým formám jednání – rozvíjí základní soubor dovedností (Sobotková, 2014). Může ovlivňovat své žáky, ale i rodiče dětí a celé komunity (Matoušek, Matoušková, 2011). Volnočasové instituce ovlivňují sociální zařazení jedince, rozvoj jeho schopností a dovedností. Instituce mohou vyrovnávat i školní neúspěšnost či negativní vliv rodiny (Vágnerová, 2012).

Vliv na socializaci mají také komunikační média (sdělovací prostředky). Jedná se například o internet, filmy, knihy, televize, výstavy a jiné kulturní akce (Thorová, 2015). Mnoho dětí tráví značnou část svého volného času u televize, počítače, tabletu či jiných moderních technologií, jako je i internet v mobilu. Děti jsou v TV či PC vystaveny násilí (kriminální filmy, zprávy ze světa, počítačové hry, internet, ale i pohádky). Násilí v médiích vytváří modely agresivního jednání, které dítě nemůže mít z vlastní zkušenosti a snižuje zábrany k použití agresivního jednání (Sobotková, 2014). I na internetu se mohou dostat k mnoha nežádoucím obsahům, které by jim neměly být přístupné (pornografie, násilné obsahy, atd.).

3. SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY NA DRUHÉM STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Dle různých publikací mezi sociálně patologické jevy na druhém stupni základní školy řádíme například záškoláctví, šikanu, kyberšikanu, agresivitu, krádeže, vandalismus, závislosti (závislost na internetu, na nikotinu, na alkoholu), rizikové sexuální chování, nezdravé stravovací návyky, sebepoškozování či extremismus. V následujících podkapitolách popíšeme sociálně patologické jevy, které se dle mého mínění nejvíce vyskytují na druhém stupni základní školy.

3.1 Agresivita

Měli bychom rozlišovat pojmem: „agresivita“ a „agrese“. Pojem agresivita zahrnuje určitý vnitřní postoj či tendenci k agresivnímu chování - k napadání jiných osob (Martínek, 2015). Hartl a Hartlová definují agresivitu jako: „*sklon k útočnému jednání vůči druhému jedinci vlastního či jiného druhu*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 19). Dle Fischera a Škody je agresivita tendence k útočnému a násilnému jednání vůči druhé osobě či okolí (Fischer, Škoda, 2009). Každý jedinec má v sobě určitou míru (vysokou či nízkou) agresivity, která má sloužit pro přežití ve společnosti. Tato míra agresivity je až z 60 % ovlivněna dědičností. Velký vliv má na agresivitu i patologické rodinné prostředí. Agresivita však může být pro dítě prostředkem dosažení určitého cíle (rodič při záchvatu vzteku dítěte raději ustoupí, než aby si stál za svým názorem → dítě reakci stále častěji opakuje, neboť ví, že dotáhne svého), důsledkem „výchovné slepoty“ rodičů (rodiče svádí chování dítěte na školu, spolužáky, atd.) či například organického poškození mozku (limbický systém či korové oblasti). Agrese je projevem agresivity v chování jedince (Martínek, 2015). Dle Hartla a Hartlové jde o: „*nepřátelství; útok, útočné či výbojné jednání vůči sobě, předmětu či překážce na cestě k uspokojení potřeby*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 18). Jde o samotné jednání, kterým se projevuje násilí, nepřátelství či útočnost vůči určitému objektu se záměrem ublížit. Agrese může být mířená k nějakému předmětu, zvířeti či se může jednat o autoagresi - sebepoškozování a sebevražedné jednání (Martínek, 2015). Lachytová popisuje agresi jako útočné chování, které většinou nastupuje jako reakce na ohrožení vlastní moci, ať skutečné či zdánlivé. Obsahuje navíc záměr (poškození druhého či sebe). Může být individuálního, skupinového či masového charakteru (Lachytová, 2011). Agresivní chování narušuje sociální normy, omezuje práva a narušuje integritu sociálního okolí. Příčinou jsou vrozené a sociokulturní dispozice - podmíněno

sociálním učením (Fischer, Škoda, 2009). Říčan a Janošová (2010) tvrdí, že se tomuto chování učíme od dětství vlastní zkušeností (jedinec jedná agresivně, protože zjistí, že se mu to vyplácí).

Agresivní chování má své příčiny. Někteří jedinci mají zvýšené tendence k agresi. Prostřednictvím agrese zastrašují a snaží se získat své místo v kolektivu. Pokud je toto chování učiteli přehlíženo a vnímáno jako neměnné, agresor své chování vnímá jako fungující pro dosažení svých cílů. Agresor tak brzy ztrácí zábrany a agresi používá k vyřešení jakéhokoli problému. Kromě potvrzování funkčnosti agrese jsou ale i další příčiny: nečitelná výchova (nejasná pravidla, odměna a trest v závislosti na náladě rodiče → vznik dalších sociálně patologických projevů jako lež, záškoláctví, úmyslné podvody), výrazný nesoulad v pravidlech školy a rodiny, agrese jako podmínka party či mediální násilí (Martínek, 2015). Dle Fischera a Škody (2009) jsou příčinou biologické dispozice (muži – vyšší hladina testosteronu, úraz či onemocnění) a sociokulturní dispozice (sociálním učením).

Asi nejčastějším rozdělením agrese je dělení na verbální a fyzickou agresi. Martínek (2015) dělí verbální agresi na přímou a nepřímou. Přímá verbální agrese zahrnuje zesměšňování, nadávky či osočování. Nepřímá verbální agrese zahrnuje pomluvy, nevhodné poznámky nebo žerty. Stejně tak jako verbální, dělí i fyzickou agresi na přímou a nepřímou. Při přímé fyzické agresi napadá jedinec oběť přímo – kopání, pohlavek, atd. Při nepřímé agresi dochází k ničení majetku oběti. Setkáváme se však i s mnoha dalšími druhy agrese. Fischer a Škoda uvádí například *instrumentální agresi*. Jedná se o agresi, která je jako prostředek dosažení nějakého cíle - uspokojování potřeb (Fischer, Škoda, 2009). Martínek dělí instrumentální agresi na žádoucí a nutnou. Žádoucí instrumentální agrese je cílené a důkladně promyšlené jednání směřované k nějakému cíli. Typickým příkladem je školní šikana – vždy má nějaký záměrný důvod. Nutná instrumentální agrese je ve školním prostředí poměrně častá, ale velice špatně rozlišitelná. Většinou se jedná o obranu před žádoucí formou agrese. Jedinec, který se brání, je ale většinou sám obviněn ze špatného chování. Martínek uvádí navíc *frustrační agresi*, což je agrese spojená s frustrací³. Jedinec se snaží prostřednictvím agrese frustraci překonat. Jde většinou o děti, které jsou vychovávány liberálním a někdy až rozmazlujícím způsobem – rodiče dětem

³ Frustraci chápeme jako překážku na cestě k cíli – zabraňuje člověku cíle dosáhnout (Hartl a Hartlová, 2010,s.158)

„vymetají“ cestičku. Dítě se pak nedokáže samo rozhodovat, nudí se, atd. U těchto dětí, je větší pravděpodobnost výskytu sociálně patologických jevů (Martínek, 2015).

Opoziční chování definuje Hartl a Hartlová jako: „*Neposlušnost; neuposlechnutí požadavků dospělého, které se projevuje u každého dítěte, nejsilněji ve věku 2-3 let a dále 12-17 let, v souvislosti s hledáním vlastní identity*” (Hartl, Hartlová, 2010, s.205). Toto chování je projevem určitého druhu poruchy chování – „Opoziční porucha chování”. Dítě je mrzuté, neklidné a nelze ho zklidnit. Pro rodiče je kontakt s dítětem vyčerpávající a neradostný, dítě tak cítí napětí a žije v pocitu, že ho nikdo nemá rád. Samotný nátlak rodičů na dítě a časté trestání potom vede k ještě většímu vzdoru dítěte (kruh: „trest → nátlak → vysvětlování). Dítě se brání prostřednictvím provokování sourozenců, rodičů, spolužáků či učitelů, za což ho čeká další trest. Jedná se především o děti vychovávané silně autoritářskou výchovou, agresivním otcem či pasivní matkou. O opoziční poruše lze mluvit za předpokladu, že splňuje alespoň pět těchto bodů: častá náládovost dítěte, hádky s dospělými, neplnění základních povinností, stálá neposlušnost, agresivní sebeprosazování, svalování viny za vlastní chyby na někoho jiného, přecitlivělost vůči dětem a dospělým, zlomyslnost a mstivost, mrzutost, časté používání vulgarismů. Tyto projevy chování musí trvat déle než 6 měsíců. Opoziční chování se projevuje ve školním prostředí - dítě provokuje učitele, neposlouchá a stává se pro učitele nezvladatelné. Důležitá je pozitivní motivace a používání pochval (učitel má být pro dítě podporou). Samozřejmostí je psychologická a etopedická intervence, odborné terapeutické vedení (Martínek, 2015).

Prevence a eliminace agresivity probíhá formou různých preventivních programů, které ovlivňují postoje široké veřejnosti – média, společenské skupiny, instituce. Pro eliminaci agresivity se využívá psychoterapie (mnoho terapeutických a tréninkových aktivit). Používán je režimový přístup a úprava prostředí. Využíván je také sociální výcvik, individuální poradenství a intervence v krizových situacích. Velmi účinnou metodou je „trénink zvládání vlastní agresivity” (realizováno kognitivně behaviorální terapií - KBT). Cílem této KBT je korigovat a změnit agresivní způsoby chování na sociálně přijatelné. Využívá se také farmakologická léčba (součástí psychiatrické léčby nějaké poruchy, jejíž projevem je vyšší míra agresivity). Sociální pracovník by měl znát hlavní příčiny agresivního chování, být schopen určit potenciačního agresivního jedince a měl by dokázat určit a eliminovat spouštěče agresivního chování jedince (Fischer, Škoda, 2009).

3.2 Šikana

„Šikana je ubližování někomu, kdo se nemůže nebo nedovede bránit” (Říčan, Janošová, 2010). Velice výstižná mi přijde tato definice šikany, která je velmi dobře rozepsaná: „Jde o agresivní chování zaměřené proti jedinci či skupině s úmyslem způsobit oběti (obětem) trýzeň, zastrašit, dějící se opakovaně a bez provokace oběti, vyskytující se v neformálních sociálních skupinách (jejichž členové se navzájem znají), přičemž agresor má nad obětí mocenskou převahu (skutečnou, či domnělou)” (Agrese a šikana – vymezení pojmu, dostupné z <http://slovník-cizích-slov.abz.cz>). Dle Koláře jde o stav, kdy: „jeden nebo více žáků úmyslně, většinou opakovaně týrá a zotročuje spolužáka či spolužáky a používá k tomu agresi a manipulaci” (Kolář, 2011, s. 32). S touto definicí souhlasí i Martínek (2015). Hartl a Hartlová definují šikanu jako: „tělesné, psychické či spojené ponižování nebo týrání jedinců jinými, nejčastěji ve vrstevnických skupinách, ale též ne pracovišti a jinde” (Hartl a Hartlová, 2010, s.580). Šikanu tedy lze shrnout jako jakýkoli agresivní akt, jehož cílem je druhého zranit, poškodit - děje se opakovaně (Černá, 2013).

Abychom mohli mluvit o šikaně, musí být splněna tři základní kritéria: (1) úmyslné agresivní jednání (s úmyslem ublížit), (2) opakovanost jednání, (3) nerovnováha mezi agresorem a obětí z hlediska moci (oběť se nemůže přiměřeně bránit) (Černá, 2013). Martínek (2015) udává tyto tři kritéria: (1) převaha síly nad obětí (psychická, množství, mentální, ekonomická a mocenská síla), (2) oběť vnímá útok jako nepříjemný, (3) dlouhodobost a krátkodobost útoku. Dle Říčana a Janošové šikana splňuje tyto body: (1) ubližování mezi jedinci stejného postavení (žáky, studenty), (2) osobní asymetrický vztah moci mezi agresorem a obětí (oběť ví, kdo ji ubližuje, bojí se ho a podřizuje se mu), (3) konkrétní ubližování. Tradičně je šikana rozdělena na přímou a nepřímou šikanu. Do přímé šikany řadíme násilí všeho druhu (jakékoli působení bolesti, ponižující tělesná manipulace, poškozování či brání osobních věcí - loupež), slovní napadání (nadávky, posměch, urážky), zotročování (donucení jedince konat něco nezákonného či ponižujícího prostřednictvím hrozeb či bití). Nepřímá šikana spočívá v sociální izolaci – jedinec vylučován ze skupiny (Říčan, Janošová, 2010).

V šikaně se objevují dvě základní pozice – agresor (agresoři) X oběť (oběti). Agresoři jsou různého typu. Portál primární prevence rizikového chování v Praze rozděluje agresory do několika typů: (1) hrubý, impulsivní; (2) velmi slušný; (3) „srandista”. Hrubí

typ se vyznačuje energickým přetlakem, má nejrůznější kázeňské problémy a tedy narušený vztah k autoritám, někdy je i součástí různých gangů, které páchají trestnou činností. Šikanuje velmi tvrdě a nelítostně, požaduje naprostou poslušnost oběti a šikanu využívá jako prostředek k zastrašování ostatních. Často je projevem agrese a brutality rodičů (vracení či napodobování agrese). Druhý typ působí velmi kultivovaně a projevuje se zvýšenou úzkostí. Násilí a mučení je cílené, dobře promyšlené a děje se spíše bez přítomnosti svědků. Takové chování agresora bývá důsledkem důsledného a náročného přístupu rodičů – často vojenský dril bez projevu lásky. Poslední typ agresora je velmi optimistický, se značnou mírou sebedůvěry, většinou oblíbený a vlivný. Šikanuje pro pobavení sebe a ostatních. V rodině takového jedince chybí často duchovní a mravní hodnoty (Agrese a šikana – osobnost agresora, dostupné z <http://www.prevence-praha.cz>). S tímto rozdělením souhlasí i Říčan a Janošová (2010). Martínek k těmto typům přidává ještě jeden typ: „typ spouštějící ekonomickou šikanu“. Jedná se o děti, u kterých se v rodině preferuje nadbytek materiálních věcí – maximální podpora jedince ze strany rodičů (Martínek, 2015). V případě školní šikany bývá většinou agresor starší, fyzicky zdatnější či má například výhodnou pozici ve skupině. K útokům ze strany agresora dochází v prostředí, které není snadné opustit, jako například škola, třída, výchovné ústavy, věznice, atd. (Ševčíková, 2014). Stejně jako u agresorů, rozlišujeme i u oběti různé typy: (a) slabé a zranitelné (tělesně slabé, málo asertivní – schopnost zdravého sebeprosazení, nejisté – pro agresora snadný cíl), (b) vyvolávající agresi svou charakteristikou či vlastností (děti trpící hyperaktivitou, impulzivitou, jsou nepřátelské a agresivní → odmítnuty kolektivem, chybí přátelské vztahy) (Černá, 2013). Martínek tyto dva typy nazývá takto: (a) oběť na první pohled, (b) handicapované děti (Martínek, 2015). Ve své podstatě však znamenají to samé. Velmi dobře účastníky šikany popisují Říčan a Janošová (2010).

Vznik, průběh a ukončení šikany nezáleží jen na oběti a agresoru, ale na dalších jednotlivcích a skupinách. Říčan a Janošová šikanu pojímají jako: „*hru o osmi hráčích*“, která zahrnuje nejen agresora, jeho pomocníky a oběť, ale také třídní „publikum“, zastánce oběti, pedagogy (učitel může k šikaně přispívat a prohlubovat ji – nevhodné otázky, poznámky), rodiče zúčastněných dětí, místní komunitu (šikana závisí na místních poměrech) a veřejnost (úpadek autority vlivem nesprávné výchovy) (Říčan, Janošová, 2010). Ve své publikaci uvádí, dle mého názoru, velice výstižné poznámky pro dnešní dobu. Zatím co dříve platilo: „*Silný slabého chrání*“, dnes jsme blíže zásadě: „*Silný má pravdu, slabý má smůlu*“. Další výstižné heslo, které platilo policistech: „*Na rohu*

ulice stojí, každý se ho bojí”, postupem času bylo nahrazeno heslem „..., *nikdo se ho nebojí*” a nyní spíše platí „..., *každého se bojí*”. Ze strany učitele pak platí: „*U tabule stojí, každého se bojí*” (Říčan, Janošová, 2010, s.71-72).

Kolář rozlišuje tři pohledy na šikanování: (1) šikana jako nemocné chování, (2) šikana jako závislost, (3) šikana jako porucha vztahů ve skupině. Šikana jako nemocné chování je v praxi nejběžnější. Jde o nejnápadnější projevy, poškozující školní pravidla či naplňující skutkovou podstatu trestných činů (například fyzická a verbální agrese, krádeže, ničení a manipulace s věcmi, násilné a manipulativní příkazy, izolace). Dalším pohledem je šikana jako závislost, kdy se mezi agresorem a obětí utváří určitá vzájemná vazba – jsou na sobě závislí, vzájemně se potřebují. Jejich závislost však nemusí být oboustranná – může být i jednostranná (ze strany agresora či oběti). Posledním, tedy třetím, pohledem je šikanování jako porucha vztahů ve skupině. Tento pohled pojímá šikanu nejen jako záležitost agresora a oběti, ale promítá ji do kontextu vztahů širší skupiny (porucha vztahů ve skupině). Tento pohled je rozčleněn do několika stádií (Kolář, 2011). Dle Martínka jde o pět stádií (stádia tradiční šikany): (1) ostrakismus (vyčlenění jedince z kolektivu) – jde o mírné a psychické formy násilí, okrajový člen skupiny není uznáván a oblíben (záměrné provokování, pomlouvání, ignorování jedince, nadávky, atd.); (2) fyzická agrese a psychická manipulace – v zátěžových situacích slouží oběti agresoru jako odreagování, zesiluje se manipulace a objevují se první náznaky fyzické agrese (drobné fyzické ubližování, vyhrožování, podřizování se rozkazům agresora, atd.); (3) vytvoření jádra (klíčový moment) – skupina agresorů vytvoří úderné „jádro” a začíná spolupracovat a systematicky šikanovat vybrané (slabé) jedince; (4) vytvoření norem a jejich přijetí většinou – vytvoření alternativní identity (i ukáznění žáci se začínají účastnit šikany a prožívají při tom uspokojení); (5) totalita neboli dokonalá šikana – všichni členové třídy vnímají šikanu jako normu, rozdělení žáků na dvě skupiny (ti, kteří mají všechna práva a ti, kteří žádná nemají) (Martínek 2015). S tímto členěním souhlasí i Kolář (2011).

Důsledky šikany se projevují v několika rovinách. Rovině psychické, zdravotní a sociální. V psychické rovině se jedná o úzkostné stavy, nespavost, zvýšenou unavitelnost, napětí, špatný vztah ke škole a lidem, nízké sebehodnocení či snížená schopnost navazovat a udržovat vztahy. Ze zdravotního hlediska dochází k úrazům způsobeným vzájemným násilím (zlomeniny, pohmožděniny, atd.), rozvoji psychosomatických onemocnění (poruchy spánku, trávení, bolesti hlavy, atd.), zvýšení krevního tlaku či zvýšení rizika

kardiovaskulárních onemocnění v dospělosti. Pokud šikana trvá delší dobu, hrozí i vyčerpání organismu. V sociální rovině je důsledkem zhoršení prospěchu, členství v rizikových skupinách („partách“), kriminální jednání, zvýšené riziko rozvoje dalších sociálně patologických jevů u agresorů v dospělosti (např. více konfliktů se zákonem, kriminalita, narušený charakter, u dívek krutost k vlastním dětem), narušení mravních a morálních postojů, atd. (Agrese a šikana – následky šikanování, dostupné z <http://www.prevence-praha.cz>). V některých případech, se můžou objevovat i myšlenky na sebevraždu či pokusy o ni. Nynější výzkumy prokázaly, že u obětí či agresorů šikany se častěji objevují sebevražedné tendence než u dětí a dospívajících, kteří se se šikanou nesetkali (Černá, 2013). Dle Martínka jde o nejčastější sociálně patologický jev na základních školách. Se šikanou se podle aktuálních výzkumů na základních školách setká asi 41 % dětí (Martínek, 2015).

3.2.1 Prevence, intervence

Pedagog by neměl podcenit a ignorovat projevy šikany, neboť může být první, kdo může šikanu odhalit. Dne 2.7.2013 byl schválen: „Metodický pokyn Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních, č. j. MŠMT-22294/2013-1“. Cílem pokynu je poskytnout pedagogickým pracovníkům základní informace nejen o šikaně obecně, ale především informace k jejímu samotnému řešení. Součástí metodického pokynu je: „*Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, čj. 21291/2010-28 ve znění pozdějších úprav*“ (dostupné z <http://www.msmt.cz>). Na základě tohoto pokynu si každá škola vypracovává vlastní „*Školní program proti šikanování*“, jehož cílem je vytvořit bezpečné, respektující a spolupracující prostředí školy a brzké odhalení a účinné řešení šikanování (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení, dostupné z: <http://docplayer.cz>). Zahrnuje metody řešení a další opatření. Předpokladem je dobrá prevence rizikového chování ve škole. Základem je podpora pozitivní interakce mezi žáky a žáky a učiteli. Odpovědnost za plnění programu nese výchovný poradce, metodik prevence (podílí se na jeho realizaci), pedagogové a ředitel školy. Tento školní program proti šikanování je součástí „*Minimálního preventivního programu*“, který stanovuje minimální požadavky, aby mohla škola bezpečně a účinně šikanu zastavit. Kompletní Metodický pokyn MŠMT je k dispozici na internetovém portálu MŠMT (dostupné z <http://www.msmt.cz>). Důležitá je spolupráce školy se specializovanými

institucemi a orgány. Z hlediska sociální péče se jedná o oddělení péče o rodinu a děti, oddělení sociální prevence či NNO specializující se na prevenci a řešení šikany.

Říčan a Janošová (2010) shrnuli prevenci na školách do několika bodů, které jsou potřeba splňovat, aby k šikaně nedošlo. Jde o tyto body: vzájemná solidarita pedagogů, organizace a hustota dozoru, školní řád (základy solidarity, ochrany slabých, atd.), etická výchova (vštípení základních hodnot dětem – úcta ke každé lidské bytosti), otevřeně informovat žáky a rodiče o problému šikany, vztah mezi rodičem a pedagogem (vzájemná důvěra a spolupráce). Na úrovni jednotlivých tříd spočívá v anonymním dotazníku a sociogramu, diskuze na téma: „Jak se k sobě vzájemně chovat?“, víkendové relaxačně zážitkové pobyty pro třídu. Na úrovni jednotlivců, jde potom o individuální sledování potencionálních obětí a pravidelné individuální rozhovory s žáky (Říčan, Janošová, 2010).

Jedinec se může obrátit i na telefonickou krizovou intervenci („linky důvěry“). Snadně dostupné je také internetové poradenství, které však nemůže nahradit přímý kontakt s odborníkem. Jedná se například o projekt „Minimalizace šikany“ - pomáhá snížit výskyt a závažnost projevů šikanování mezi dětmi (dostupné z: <http://www.minimalizacesikany.cz>).

3.3 Kyberšikana

Poměrně novým fenoménem dnešní doby je kyberšikana, která vychází z tradiční (školní) šikany - není na ni však přímo závislá. Sdílí s ní pouze některé společné rysy a projevy – úmyslné ubližující jednání a vnímání tohoto jednání jako nepříjemného a zraňujícího. Tento fenomén se týká především dospívajících – mnohem vyšší riziko u obětí tradiční šikany (Ševčíková, 2014). Kyberšikana spadá do nepřímého agresivního chování („psychologická“ či nepřímá agrese), což znamená, že mezi agresorem a obětí nedochází k přímému kontaktu → následkem je potom vyloučení dítěte z kolektivu, odmítnutí, ignorace, šíření pomluv, ztrapnění či zesměšnění (Černá, 2013).

Nejčastější uváděnou definicí kyberšikany, je definice od Priceové a Dalgleishe (2010, s.51): *”Kyberšikana je kolektivní označení forem šikany prostřednictvím elektronických médií, jako je internet a mobilní telefony, které slouží k agresivnímu a záměrnému poškození uživatele těchto médií. Stejně jako tradiční šikana i kyberšikana zahrnuje opakované chování a nepoměr sil mezi agresorem a obětí.”* (Ševčíková, 2014, s.121). Hartl a Hartlová kyberšikanu popisují jako: *„využití moderních informačních*

a komunikačních technologií pro mstivé a nepřátelské chování, jehož cílem je ublížit oběti” – cílem však může být i nevhodné chování učitelů zachycené na kameru mobilního telefonu žáků (Hartl a Hartlová, 2010, s.278). Martínek ji definuje jako: „*zneužití ICT (informačních komunikačních technologií), především mobilních telefonů a internetu, k takovým činnostem, které mají někoho vzájemně vyvést z rovnováhy*” (Martínek, 2015). Stejně jako šikana, má i kyberšikana svá kritéria: (1) děje se prostřednictvím elektronických médií, (2) opakovanost – zajišťována i samotným publikem, (3) záměrnost agresivního aktu ze strany útočníka, (4) mocenská nerovnováha – nemožnost agresorovi zamezit neustálý přístup k oběti, (5) oběť vnímá toto jednání jako nepříjemné, ubližující (zraňující). Pokud chybí některý z těchto atributů, mluvíme spíše o online obtěžování (jednorázový útok; agresivita není záměrná; adresát agrese nevnímá to, co se děje jako zraňující). Kritéria jsou slučitelná s kritérii „tradiční” šikany – rozšířeno o bod 2, 3 a 4 (Černá, 2013).

Na vznik kyberšikany má velký vliv sociální role, pozice aktérů, skupinové normy, ale také struktura a skupinové procesy ve vrstevnických skupinách. Děti a dospívající se začleňují do různých skupin a jejich navázání vztahů s vrstevníky je zásadní pro jejich další vývoj. Jedinec se snaží dosáhnout nejlepšího postavení ve skupině, získat respekt, uznání a moc řídit dění ve skupině (mít mnoho přátel, být populární). Na druhé straně jsou jedinci nepopulární, kterých je stejně jako těch populárních menšina - většina dětí a dospívajících je v prostředí sociálních pozic někde uprostřed. Pro samotný průběh kyberšikany je zásadní reakce skupiny. Pokud zbytek skupiny o šikaně ví a dá najevo, že jednání odmítá, může být celý proces zastaven. V opačném případě se stává přijatelnou a podporovanou formou chování, kterou agresor využívá pro upevnění své pozice ve skupině (Ševčíková, 2014).

Aktéry kyberšikany dělíme do tří skupin: oběti, agresoři („pachatelé”) a přihlížející. Oběťmi kyberšikany se mohou stát nepopulární děti, které jsou v kolektivu odmítány. Roli hrají osobnostní charakteristiky, jako je: plachost, stydlivost, nejistota, sociální úzkost a fyzické atributy (nižší atraktivita, výrazné vybočování z normy – barva vlasů, pleti, styl oblékání, brýle, atd.) (Ševčíková, 2014). I u kyberšikany, stejně jako u tradiční šikany, rozlišujeme různé typy obětí. Kromě typu slabého a zranitelného (a) a typu vyvolávajícího agrese svou charakteristikou či vlastností (b), jak uvádí Černá (2013), přibývají ještě další dva typy: (c) agresor, se stává sám obětí (oběť se mstí či odpor proti jeho jednání ze strany dalších lidí na internetu), (d) nevybočující jedinec s dobrým postavením (na internetu

se stává zranitelným). Oběťmi kyberšikany jsou převážně dospívající, kteří na internetu ve větší míře uveřejňují své osobní údaje. Mezi agresory spadají jedinci s nižším sebevědomím, horšími sociálními dovednostmi, s pocitem nejistoty a osamělosti, problémy v kolektivu a jedinci, kteří nejsou příliš oblíbení. Šikana se stává způsobem, jak zmírnit vlastní frustraci (Ševčíková, 2014). Martínek (2015) ve své publikaci popisuje agresory na II. stupni základní školy jako žáky méně úspěšné s vysokou mírou sebeprosazení, necitlivé a bezohledné, pocházející z výchovně či emocionálně chudého rodinného prostředí, fyzicky nebo psychicky zdatné, se zkušeností v roli oběti šikany, s potřebou dokazovat převahu nad ostatními, atd. (Martínek, 2015). Agresoři mají také určité společné charakteristiky, jako například problémové chování – častěji chybí ve škole, mívají podprůměrné výsledky, ničí cizí majetek, častěji kouří a pijí alkohol → vyšší míra delikventního chování (Černá, 2013). Řada agresorů je ale i velice inteligentních a v kolektivu oblíbených. Šikana pro ně pak může být jen jednoduchým prostředkem manipulace s druhými. Posledními aktéry jsou potom samotní přihlížejíci, kteří mají významný vliv na vývoj kyberšikany. Pokud, jak jsem již zmínila, proti šikaně otevřeně vystoupí, může to vést k jejímu zastavení. Ve většině případů však přihlížejíci nevystoupí. Ševčíková (2015) dělí přihlížejíci do několika skupin: (1) následovníci agresora, (2) podporující (povzbuzují agresora, ale proti oběti nevystoupí), (3) pasivně podporující (podporují agresora, ale ne otevřeně), (4) nezúčastnění pozorovatelé, (5) pasivně nesouhlasící (jsou proti šikaně, ale nijak aktivně se neprojevují), (6) otevřeně nápomocní - snaží se pomoci (Ševčíková, 2014).

I kyberšikanu lze rozdělit, stejně jako „tradiční“ šikanu, na přímou na nepřímou. Dle Martínka jsou přímé útoky mnohem častější (Martínek, 2015). Ševčíková (2014) však tvrdí, že je kyberšikana ve své podstatě spíše nepřímá. Mezi přímé útoky patří například pořizování fotografií a jejich umístění na internet, nadávky na fórech a jinde, výhružné SMS a další. Jako nepřímý útok je potom chápáno vyloučení ze skupiny, zveřejnění důvěrných informací nebo konverzace, impersonace, atd. Možností projevu kyberšikany je i to, že agresor využije pro svůj záměr jiné osoby nebo funkce, které internet nabízí – např. nahlásí obsah patřící oběti jako nežádoucí či závadný, zneužije cizího účtu → zrušení či zablokování účtu administrátorem. Tato forma kyberšikany se nazývá kyberšikana v zastoupení (Ševčíková, 2014). Mezi nejčastější agresivní projevy kyberšikany patří impersonace (vydávání se za někoho jiného – např. agresor použije fotky oběti a fakta o ní → vytvoří falešný profil → vystupuje pod identitou oběti nevhodným a ubližujícím způsobem) a krádež hesla (agresor se k účtu dostane pod heslem oběti

a vystupuje přímo za ni – mladí lidé si hesla dávají na důkaz přátelství). Dále potom vyloučení a ostrakizace (vyloučení z nějaké skupiny – např. na Facebooku → frustrace, nenaplnění potřeby někam patřit a být součástí dění ve skupině), flaming (agresivní diskuze až hádka na internetu mezi dvěma a více osobami – diskuzní fórum, chat, atd.), kyberharašení (opakované zprávy zasílané agresorem oběti formou SMS, MMS, atd.) a kyberstalking (opakované zasílání zpráv obsahujících výhrůžky, útočná a zastrašující sdělení, součástí může být i vydírání), pomlouvání (sdělování nepravdivých informací agresorem s cílem obět' sociálně poškodit či vyloučit), odhalení a podvádění (odhalení informací osobního či intimního charakteru včetně fotek), happy slapping (jde o fyzické útoky jedince či skupiny dospívajících a jejich následného natáčení a zveřejnění na internetu). Pro vznik a šíření kyberšikany se nejčastěji používají sociální sítě (např. Facebook, MySpace, Lidé.cz, Líbímseti.cz, Spolužáci.cz – jedná se o ubližující komentáře, úpravu a zveřejňování osobních fotek či komentářů), online interaktivní hry (X-Box Live, Play Station, World of Warcraft – vyhrožování, vulgární výpady, napadání a obtěžování, vyloučení z dané skupiny), webové stránky (YouTube – happy slapping → nahrávání videí, přetvářená videa či koláže z fotografií), instant messaging (programy umožňující online komunikaci v reálném čase – např. Messenger) a zprávy SMS a MMS, blogy (blogy jsou mezi mladými lidmi velmi populární – kyberšikanou je např. šíření nepravdivých informací), elektronická pošta (možnost naprosté anonymity agresora), chatovací místnosti (může dojít k pomluvám, vyloučení a ostrakizaci, flaming), internetové ankety a dotazníky (vytvářené dospívajícími často s úmyslem ublížit) (Černá, 2013).

Dopady u obětí kyberšikany jsou dvojího charakteru: (1) bezprostředního a krátkodobého charakteru (okamžité reakce na kyberšikanu – bezprostřední nepříjemné pocity → vztek, bezmoc, smutek, strach, stud, sebeobviňování či pláč), (2) přetrvávajícího charakteru (fyzické dopady - problémy se spánkem, bolesti břicha, nechutenství, nevolnosti; psychické dopady – pocity úzkosti, osamělosti a deprese, výkyvy nálad → to vše vede ve snaze úniku ze situace k agresivitě, napadání slovnímu i fyzickému, ničení věcí či zneužívání návykových látek, atd.), (3) dlouhodobého charakteru (nesou se s obětí ještě dlouho po skončení kyberšikany – snížené sebehodnocení, tendence k sebeobviňování, nečinnost, odevzdanost, prohlubování negativních pocitů ze sebe sama, atd.). Dopady kyberšikany se projevují i u samotného agresora (úroveň psychická a fyzická úroveň chování) → psychosomatické obtíže, nepozornost a absence ve škole, problémy ve vztazích s vrstevníky, zvýšená míra

delikventního chování (zneužívání návykových látek nebo poškozování cizího majetku). Chování agresorů často přetrvává do dospělosti (Černá, 2013).

3.3.1 Prevence a intervence

Problém je potřeba řešit na několika úrovních – rodičovské, vyučujících a zaměstnanců školy, aktérů samotných, někdy i na úrovni dalších institucí (Policie ČR, atd.) (Ševčíková, 2014).

Viktimizovanému⁴ jedinci by se nejprve mělo dostat systematické a odborné psychologické péče (školní psycholog, pedagogicko-psychologická poradna) – odborná psychologická péče je nutná i pro agresory. Dalším krokem by mělo být uplatňování technicky zaměřených řešení - jakým způsobem je možno konkrétnímu člověku zamezit v obtěžování (blokování osob či změna nastavení zabezpečení napomáhají ukončení kyberšikany). U agresorů bychom měli zjistit: (a) jak rozumějí svému chování online, (b) jak by snášeli takové chování k sobě samému, (c) dát najevo netolerování jeho chování. Děti i dospívající by měli být seznámeni s prostředím internetu – chování jedince může být jiné (chybí oční kontakt, stírají se individuální rozdíly, oddělování offline a online identity, možnost okamžitého odpojení od internetu, atd.). Při kyberšikaně je dobré udělat tyto kroky: (1) vyhledat pomoc – svěřit se dospělé osobě, které jedinec důvěřuje (rodič, učitel), (2) uchovat důkazy pro případné řešení situace (zprávy, e-maily, atd.), (3) využít možná technická řešení (blokování, nahlášení administrátorům, změna zabezpečení účtu, atd.), (4) Ignorance agresora. Oběti většinou na řešení šikany sami nestačí, ale bojí se svůj problém sdělit dál (strach ze zamezení přístupu k internetu a prohloubení sociálního vyloučení) (Černá, 2013). Rodiče by neměli dětem přístup k internetu omezovat, ale bavit se s nimi o jejich aktivitách na internetu a poskytnout jim bezpečný prostor ke sdílení (Ševčíková, 2014). Existují různé mediační strategie⁵ pro ovlivnění používání internetu dětmi. Aktivní rodičovská mediace probíhá formou sdílení online aktivit dítěte (povídání si o zkušenostech a zážitcích z online světa, jak online svět chápe, atd.). Pasivní rodičovská mediace se snaží zprostředkovat dítěti informace o bezpečném používání internetu (rizika, jak jim předcházet a vypořádat se s nimi, atd.). Další strategií je monitorování aktivit dítěte po bezprostředním použití internetu (navštívené stránky). Poslední strategií je technicky zaměřená mediace (používání technologických aplikací). Tyto strategie mohou pomoci

⁴ Viktimizace je proces při němž se dostává jedinec do pozice oběti (Hartl a Hartlová, 2010, s.661).

⁵ Mediaci chápeme jako proces řešení problémů za pomoci vyškoleného odborníka tzv. mediátora – cílem mediace je dohoda (přiměřené řešení) mezi zúčastněnými (Matoušek, 2008, s.98).

navázat větší vztah důvěry mezi dítětem a rodičem → odstranění strachu ze svěřeni se rodičům a hledání společného řešení. Při kyberšikaně je ze strany rodičů důležité porozumění, komunikace s dítětem o problému, citlivé zjištění agresora a způsob viktimizace, reakce dítěte na kyberšikanu, v případě neznámého agresora – zamezení kontaktu ze strany agresora (při nepodaření požádat o pomoc Policii ČR), zjistit možné riziko reálné šikany, nezakazovat dítěti přístup k internetu, poučit dítě o rizicích na internetu, zjistit význam celé situace pro dítě (dobrá je i odborná psychologická pomoc) (Černá, 2013). Oběť by měla vědět, že o pomoc smí požádat někoho dospělého ze školy (i v případě mimoškolní šikany) (Ševčíková, 2014). Martínek (2015) ve své publikaci uvádí základní pravidla jednání při setkání s kyberšikanou: (1) okamžitě ukončit komunikaci; (2) nereagovat na žádné e-maily ani SMS; (3) vše archivovat – důkazní materiál; (4) oznámit – ideálně na Policii ČR; (5) změna kyberidentity – odhlášení z facebooku či přihlášení pod jinou identitou, změna e-mailu a hesla, změna telefonního čísla; (6) dávat kontakty pouze důvěryhodným osobám (Martínek, 2015).

Problémem je v současné době v rozdílných zkušenostech používání internetu dětí a jejich rodičů, i přesto však děti nemusí mít dostatek znalostí bezpečného používání internetu. Většina dětí, si tyto znalosti musí získávat sama. Jejich rodiče totiž nemají v této oblasti dostatek zkušeností, které by jim mohli poskytnout - nemohou svým dětem v této oblasti pomoci. Spolupráce jednotlivých institucí (instituce poskytující mobilní a internetové služby, instituce zabývající se problematikou bezpečného používání internetu) by měla vést k programům, které by informovaly rodiče, pedagogy a děti o možných řešeních kyberšikany a o preventivních a intervenčních postupech - jak je možné k tomuto problému přistupovat (Černá, 2013).

Bojovat proti kyberšikaně v ČR napomáhá organizace ProFem, jejímž úkolem je šíření osvěty a informovanosti a pomoc obětem kyberšikany (dostupné z <http://www.saferinternet.cz>).

3.4 Sebeпоškozování

Sebeпоškozování neboli sebezraňování. Jde o: „*dobrovolné poškození vlastního těla bez sebevražedného úmyslu*” (Hartl, Hartlová, 2010, s. 515). Fischer a Škoda definují tento jev jako: „*chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, důsledkem je poškození tělesné integrity*”. Jinými slovy jde o tzv. automutilaci (Fischer, Škoda, 2009, s. 84). Dle Hartla a Hartlové je automutilace: „*sebeпоškozování, sebezraňování; agrese obrácená*

proti sobě; od polykání předmětů a úrazů k sebevražedným pokusům” (Hartl, Hartlová, 2010, s. 56). Kriegelová (2008) však upozorňuje na potřebu odlišení těchto dvou pojmů – automutilace X sebepoškozování. Automutilaci charakterizuje, jako jeden ze způsobů sebepoškozování, v čemž se shoduje s Martínkem (2015). Kriegelová popisuje sebepoškozování jako: „*vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození bez vědomé suicidální motivace*”, nejčastěji se vyskytuje u narušené osobnosti. Automutilace je sebepoškození, které většinou vychází z psychické poruchy (u schizofreniků, sexuálních sadomasochistických praktik, u osob s poruchou osobnosti) (Kriegelová, 2008, s. 28). Martínek řadí automutilaci též do určitého typu sebepoškozování. Definuje ji jako: „*izolovaný a jednorázový akt vázaný na psychotické onemocnění*”. Jedinec nejčastěji jedná pod vlivem halucinace nebo nějakého bludu. Dle Martínka je nejčastějším typem sebepoškozování u dětí a adolescentů „*Impulsivní autoagrese*”. Tento typ sebepoškozování se vyznačuje záměrným poškozováním vlastního těla, s cílem zmírnit napětí – regulace organismu při extrémně vysoké zátěži, stresu, smutku, atd. Vnitřní napětí je tak silné, že má bolest, kterou si jedinec způsobuje, uvolňující charakter (Martínek, 2015, s. 31). Sebeпошкоzování je jedním z projevů autoagrese a týká se především mladých dívek (Fischer, Škoda, 2009). S tímto tvrzením souhlasí i Kriegelová, která tvrdí, že nejvyšší míra sebepoškozování je právě v období adolescence.

Máme různé metody sebepoškozování. Kriegelová je dělí do dvou velkých skupin: (1) sebetrávení a předávkování (nadměrné požití léků, drog, alkoholu, nepoživatelných látek či věcí), (2) sebezraňování (pořezání, poškrábání, popálení, propichování kůže, trhání vlasů, atd.). Mnohem častější je v populaci sebezraňování. (Kriegelová, 2008). Martínek ve své publikaci udává tyto metody: vytrhávání vlasů či řas, okusování nehtů, pálení svíčkou či cigaretou, vpravování ostrých předmětů pod kůži, propichování kůže ostrými předměty, zabraňování hojení rány a řezání. Řezání je nejčastějším způsobem sebepoškozování u adolescentních jedinců – „*syndrom pořezávaného zápěstí*” (Martínek, 2015).

Průběh samotného cyklus sebepoškozování dělí Kriegelová do šesti bodů: (1) psychická bolest (silné emoce, vnitřní chaos, psychická bolest), (2) zaplavení emocemi (zesílení emocí a vnitřních prožitků → spuštění „*vnitřního bouřlivého pekla*”), (3) panické stavy („*vnitřní peklo*” vzrůstá, jedinec panikaří, ztrácí kontrolu nad svými pocity), (4) aktivita (jedinec se poškozuje → uklidnění), (5) dobrý pocit (uvolnění napětí

na základě šoku z poškození), (6) lítostivá reakce (vnímání reality, pocity viny, hanby, sebenenávist) (Kriegelová, 2008).

Sebepoškozování je nejčastěji důsledkem přeceňování dítěte rodiči, nepřijímání nového partnera (matky či otce) dítětem či důsledkem střídavé péče. Výrazně jsou ohroženi jedinci trpící „syndromem CAN“ – nejvíce děti psychicky a fyzicky týrané (Martínek, 2015). Dle Fischera a Škody mají k tomuto jednání sklony především osoby pohlavně zneužitě, tělesně či sexuálně týrané, ženy vůbec, lidé, kteří nedokáží řešit problémy a překonávat překážky (Fischer, Škoda, 2009). Často je však důsledkem duševních poruch, jako je posttraumatická stresová porucha, porucha kontroly impulsů (v rámci jiných návykových a impulsivních poruch) či typ emočně nestabilní osobnosti (Kriegelová, 2008). Sebepoškozování nám může pomoci odhalit příznaky dané poruchy (Hartl, Hartlová, 2010).

Se sebepoškozováním jsou v dnešní době spojovány i určité subkultury mládeže. Asi nejčastěji se mluví o subkultuře „emo“, která je charakterizována důrazem na image a duševní prožitky – přecitlivělost vůči sobě i okolnímu světu. Tato subkultura silně prožívá pocity opuštěnosti a osamělosti, což vede často k sebepoškozování (Martínek, 2015). Sobotková s tímto chováním spojuje nejen subkulturu „emo“, ale i „gothic“ (Sobotková, 2014).

3.4.1 Prevence a intervence

Při zjištění sebepoškozování, je nutné okamžitě vyhledat odbornou pomoc. Pro primární diagnostiku a plánování další léčby jsou využívány poradenské činnosti. Následná psychoterapie může být dlouhodobého i krátkodobého charakteru (Kriegelová, 2008). Pro řešení situace se využívá individuální, skupinová či rodinná terapie (Fischer, Škoda, 2009). Kriegelová, však nepovažuje samotnou skupinovou terapii za vhodnou. Uvádí ji spíše v kombinaci s individuální terapií. Možné jsou i terapie v domácím a přirozeném prostředí jedince. Při sebepoškozování je však možnost i farmakologické léčby, zvláště pokud jde o duševní poruchu – psychofarmaka, antipsychotika či antidepresiva. Samotná sociální intervence spočívá v posílení kontaktu jedince s odborníky, upevnění sociální podpory a v zajištění zázemí, které je pro jedince bezpečné. V rodině mohou pomáhat tzv. „sociální kurátoři“ (Kriegelová, 2008). Sociální kurátor je: *„odborný pracovník státní sociální pomoci ČR, který poskytuje kontinuální poradenskou a socioterapeutickou službu a pomoc při překonávání obtížných životních*

situaci” (Matoušek, 2008, s.197). Pokud sebepoškozování ohrozí život jedince, je nutná hospitalizace (Kriegelová, 2008).

3.5 Poruchy příjmu potravy

Ne každý autor řadí problematiku poruch příjmu potravy (PPP) mezi sociálně-patologické jevy. Jde však o jev, se kterým se v dnešní společnosti stále více pracuje a pracovat bude, proto považují za nezbytné, danou problematiku zmínit alespoň v krátkosti.

Poruchy příjmu potravy se objevují v průběhu dospívání a rané dospělosti (i pozdější věk či dětství) (Poruchy příjmu potravy, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>). Jde o psychické onemocnění, což znamená, že chování, spojené s těmito poruchami, jedinec není schopen od určitého stádia ovládat a není tedy schopen nemoc sám odstranit (Kulhánek, 2015). Dle Hartla a Hartlové je název poruchy příjmu potravy nepřesný a nahrazují ho pojmem porucha příjmu jídla. Tento pojem zahrnuje: závislost na jídle, používání jídla k řešení psychických problémů, myšlenky a obavy spojené s jídlem či dietou a tělesnou hmotností se stávají důležitější než cokoli statní. Jde o: *„pravé návykové jednání provázané chorobnými vlastnostmi, které vyžadují léčbu”* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 423).

PPP jsou často spojeny s depresí, úzkostí, sebepoškozováním a sociální izolací (Poruchy příjmu potravy, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>). Někteří jedinci se snaží prostřednictvím hladovění či přejídání vyrovnat s nějakou tíživou životní situací. Jde ale pouze o krátkodobou úlevu a negativní důsledky, komplikace, nevyřešené problémy se nadále prohlubují. Mezi rizikové faktory přispívající ke vzniku onemocnění patří vlivy prostředí a kultury, ve které žijeme a rysy osobnosti (genetika X výchova) (Papežová, 2012).

V dnešní době je jedinec pod neustálým tlakem „vypadat dobře” – masová média (časopisy, letáky, knihy, televize, atd.). Jedinci s PPP jsou v médiích často prezentováni jako štíhlé modelky, tanečnice či herečky, které představují ideál krásy. V USA jsou dokonce pořádány soutěže krásy pro děti mladší 6 let. Málo kdo však vnímá, jaké jsou závažné důsledky tohoto onemocnění (Papežová, 2012). Obzvlášť během dospívání se jedinec soustřeďuje na to, jak ho vnímá okolí (u dívky – vzhled). Samotná snaha o „dokonalý vzhled” může vést k dietám či úpravě stravy. V dospívání vedou diety

k celoživotním problémům, většímu kolísání váhy a celkově vyšší hmotnosti oproti dívkám, které dietu nikdy nedržely. PPP jsou charakterizované obavou z tloušťky, manipulací s jídlem (slouží ke snížení hmotnosti) a zkreslením vnímání vlastního těla (Poruchy příjmu potravy, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>). Jedinec má neustálý strach z přibývání na váze a často sleduje svou tělesnou hmotnost → porucha vnímání vlastního těla. Může také ztrácet zájem o sociální kontakty s vrstevníky (hl. anorexie), být nesoustředěný a náladový. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (Kulhánek, 2015).

Poruchy příjmu potravy jsou často spojené s dalším rizikovým chováním, jako je například sebepoškozování, sebevražednost či depresivita (Sobotková, 2014). Mezi PPP řadíme Mentální anorexii, Bulimii a psychogenní přejídání (Hartl, Hartlová, 2010). Z čehož je s dospíváním nejvíce spojena mentální anorexie a bulimie (Sobotková, 2014). Na tuto problematiku jsem se v krátkosti zaměřila v následujících kapitolách.

Mentální anorexie postihuje nejčastěji dívky v období pubescence a adolescence (mezi 12-18 lety) (Kulhánek 2015). Hartl a Hartlová definují mentální anorexii jako: „*vyhladovění sebe samého*“. Jde o poruchu, která je vyvolána úmyslným snižováním váhy, kterou si jedinec způsobuje sám – vyhýbání se většině jídel a další způsoby snižování váhy (Hartl, Hartlová 2010, s. 38). Sobotková ji popisuje jako duševní poruchu, která je charakterizována odmítáním jídla a zkreslením představy o vlastním těle (Sobotková, 2014). K základním znakům této poruchy patří: (1) Odmítání udržovat vlastní tělesnou hmotnost na či nad minimální váhou vzhledem k věku a výšce dle BMI (Body Mass Index) – BMI klesne pod 17,5 (jedinec si nízkou hmotnost způsobí sám → odmítání jídla, cvičení, užívání projímadel nebo zvracení); (2) neustálý strach z nárůstu hmotnosti (i při podvaze); (3) narušení vnímání svého těla a popírání podváhy (i přes podváhu si jedinec připadá tlustý); (4) tělesná hmotnost či stavba těla velmi ovlivňuje sebevědomí; (5) vynechání minimálně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů (Kulhánek, 2015). Zdravotní problémy se objevují v psychické i fyzické rovině. Je negativně ovlivněno soustředění, pozornost, paměť, učení a řešení problémů (neschopnost zachování rozumné úvahy o problémech obecně). Porucha postupně omezuje schopnost podílet se na společenském životě → ztráta zájmu a přátelské kontakty a smyslu pro humor. Pokud není včas zahájena léčba, může anorexie v nejzávažnějších případech skončit i smrtí. U těchto jedinců je přibližně 16x větší riziko smrti než u běžné populace (Papežová, 2012).

Anorexie má nejvyšší úmrtnost mezi psychiatrickými onemocněními. Až v 50 % případů pokračuje bulimií (dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>).

Bulimie postihuje především dívky ve věku dospívání a mladé ženy (Hartl, Hartlová, 2010). Mezi základní znaky bulimie patří: (1) Neustálé zabývání se jídlem, touha po něm a opakující se epizody přejídání; (2) snaha omezit vliv jídla na váhu prostřednictvím zvracení, přechodných hladovek či projímadel; (3) chorobný strach z tloušťky, nízké sebevědomí, nadměrná závislost na vzhledu a hmotnosti. Vyznačuje se záchvaty přejídání a zvracení, které jsou často spojeny s jinými psychickými poruchami (např. stresem) a mohou vést k trvalým zdravotním problémům (Kulhánek, 2015). Hartl a Hartlová ji charakterizují jako: „*opakující se záchvaty přejídání velkými dávkami jídla během velmi krátké doby s nutkavou touhou potlačit důsledky vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik nebo diuretik, užívání klystýrů a období hladovění*” (Hartl, Hartlová, 2010, s. 71). Dle Sobotkové spočívá bulimie: „*v nutkavém, záchvatovitém přejídání se a následném vyprazdňování žaludku pomocí zvracení, spojeném s pocity viny*” (Sobotová, 2014, s. 46). S touto definicí souhlasí i Matoušek (2008, s.34). Záchvaty přejídání jsou projevem fyziologických (nedostatečný příjem potravy vede organismus k regulaci a obnovení energetické rovnováhy) a psychologických (nuda, stres, pocit prázdnoty, osamělost) mechanismů. Po samotném záchvatu se jedinec snaží získaných kalorií zbavit, a to prostřednictvím zvracení (ztráta 30-50 % kalorické stravy → doplnění energie → ještě větší přejedení) či užíváním léků (Laxativa, Diuretika – ztráta tekutin → tělo se brání ztrátě vody, produkuje více různých hormonů → zadržování vody, otoky, zácpy). Důsledkem je potom chronická únava a slabost, nesoustředěnost, závratě a bolesti hlavy, poruchy ledvin, infekce, porucha zubní skloviny, trávicího traktu, atd. (Papežová, 2012). Dívky trpí depresemi, pocity viny a koloběh jídla, přejídání a zvracení se stává jedinou náplní jejich života. Tato porucha nemusí být navenek okolím rozpoznána a trpí jí až 3 % mladých žen (Poruchy příjmu potravy – základní informace, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>).

3.5.1 Prevence a intervence

Ke správné diagnóze by mělo vést psychologické a psychiatrické vyšetření, které by zároveň mělo motivovat pro další léčbu. Léčba PPP je velmi náročná. Důraz je kladen na interdisciplinární spolupráci (systém kvalitní pomoci) – spolupráce s rodinou, školou, sportovními trenéry, atd. → důležitá je motivace ke změně stravovacích návyků a úpravě hmotnosti. Při prvním kontaktu s pacientem a jeho rodinou má zásadní roli pediatr nebo

praktický lékař. Do léčby se také stále častěji zapojují nutriční terapeuti (většinou členy terapeutického týmu). Důležité je stanovení jasných profesionálních kompetencí, dodržování striktních pravidel a hranic – PPP může mít manipulativní charakter. Postup léčby a psychoterapie je vybírán v závislosti na fázi onemocnění, jeho trvání a změny, které je pacient schopen. Jde například o kognitivně - behaviorální terapii⁶, interpersonální psychoterapii či rodinnou terapii⁷ (Poruchy příjmu potravy, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu>). PPP se zabývá např. O.S. Anabell (telefonická krizová pomoc, poradenství, terapie, ambulantní léčba), Ambulantní psychoterapie v centru PSYCHOTERAPIE ANDĚL (psychoterapie pro lidi s mentální anorexií, bulimií a psychogenním přejídáním), Psychiatrická klinika VFN (denní stacionář, oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy, dolečovací skupina – programy PPP určené pro pacienty v prvním roce po ukončení hospitalizace, vícerodinná terapie) (Kulhánek, 2015), evropský program prevence PPP: „ProYouth” (preventivní online program pro žáky základních, středních a vysokých škol zaměřený na prevenci PPP) (Bauer, 2013) či webový portál: „<http://www.idealni.cz>” (portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí) (Kulhánek, 2015). V Libereckém kraji poskytuje pomoc například Krajská nemocnice Liberec – oddělení psychiatrie; Pedagogicko-psychologická poradna Liberec. Jedinou možnou prevencí je dostatečná informovanost širší veřejnosti o existenci, projevech a následcích PPP.

3.6 Zneužívání návykových látek

Návyková látka je „každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost” (Fischer, Škoda, 2009, s.88). Dle Portálu primární prevence jsou návykové látky takové látky, které mohou svým užíváním způsobit fyzickou či psychickou závislost (Závislostní chování, dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>). Dle účinku drog na psychiku rozlišujeme: (1) Tlumivé látky (malé dávky zklidní, vyšší navodí spánek až zástavu životních funkcí – pervitin, kokain), (2) Psychomotorická stimulancia (aktivizují jedince – např. LSD), (3) Halucinogeny (změny ve vnímání až stavy podobné schizofrenii – alkohol, opiáty, těkavé látky, atd.). Dle míry rizika potom dělíme drogy na „tvrdé” drogy (vyšší míra rizika) a „měkké” drogy (nižší míra rizika) (Kalina, 2015). Mezi tvrdé drogy patří alkohol, extáze, heroin, LSD, toluen, atd. Mezi měkké drogy řadíme nikotin či kofein (marihuana, hašiš, káva, čaj, atd.) (Minařík, 2009). Vznik a rozvoj

⁶ Psychoterapeutické postupy, zaměřené na změnu chování a především myšlení klienta (Matoušek, 2008, s.83-84).

⁷ Psychoterapie zaměřená na způsob interakce v rodině, na očekávání či na motivy členů rodiny (Matoušek, 2008, s.178).

závislosti mohou podpořit genetické predispozice (interakce genetické dispozice s prostředím), biologické predispozice (závisí na metabolickém zpracování – odlišná míra tolerance vůči návykové látce), psychické faktory (tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a chování, určité osobnostní rysy – tendence vyhledávat nové zážitky, poruchy chování, psychická onemocnění, atd.) či sociální faktory. Mezi sociální faktory patří vliv rodiny, sociální skupiny (parta, subkultura), životního prostředí (prostředí měst, sídliště, průmyslové zóny, atd.), sociální konformita (uchování a tvorba sociálních kontaktů). Zvláště sociální a psychické faktory ovlivňují návykové chování u dospívajících (Fischer, Škoda, 2009). Působení návykových látek u dospívajících má své specifické charakteristiky: závislost se vytváří mnohem rychleji než u dospělých, vyšší riziko otrav (nižší tolerance, menší zkušenost, chuť riskovat), vyšší riziko nebezpečného jednání pod vlivem látky, u závislých zaostávání v psychosociálním vývoji (vzdělávání, sebekontrola, citové dozrávání, atd.), větší tendence návykové látky střídát či jich užívat více současně, narušení vytváření sítí mozkových buněk. Užívání látky je u dospívajících často spojeno s vnějšími problémy (rodina, škola, trestná činnost, atd.) (Nešpor, 2011).

S užíváním návykových látek souvisí s pojmy akutní intoxikace, syndrom závislosti a abstinční příznaky. Akutní intoxikace je: „stav vyvolaný užitím psychoaktivní látky, trvající z pravidla několik hodin“ (Kabíček, 2013, s.21). Dle Kaliny dochází k intoxikaci během několika minut po požití alkoholu (Kalina, 2015). Nejčastěji se projeví u jedinců, kteří mají dlouhodobé problémy s užíváním alkoholu či jiných tvrdých drog (nejčastěji se jedná o intoxikaci spojenou s alkoholem). Může se však projevit i při prvním kontaktu s látkou (Fischer, Škoda, 2009). Při prvním požití alkoholu jsou projevy mnohem výraznější. Při pravidelném pití alkoholu se totiž zvyšuje tolerance na danou látku a intenzita příznaků slábne (Kabíček, 2013). Důsledkem intoxikace může být i smrt. Syndrom závislosti definují Fischer a Škoda jako: „soubor psychických a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání alkoholu“ (Fischer, Škoda, 2009, s.93). Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom závislosti: „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky, nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“. Základní charakteristikou je silná touha brát psychoaktivní látku, alkohol nebo tabák (Nešpor 2011, s.10). Mezi varovné příznaky patří: zanedbávání školní docházky, původních zájmů, přátel na úkor návykové látky, touha po požití návykové látky, atd. V tomto případě, musí diagnostiku u žáků základních škol provádět psychiatr (specializovaný na problematiku závislostí). Tento stav se však v tomto období vyskytuje

poměrně zřídka. V rozvinutém syndromu závislosti se mohou objevit i abstinční příznaky (soubor psychických a fyzických symptomů, které nastanou, pokud jedinec nemá danou látku k dispozici), které jsou znatelné již po několika hodinách či dnech (Kabiček, 2013).

V adolescenci je rizikové chování nejvíce zastoupeno právě konzumací alkoholu, kouřením cigaret a zkušeností s drogami (především marihuanou). Toto chování je z velké části ovlivněno trávením volného času a vrstevníky, se kterými se jedinec stýká (Sobotková, 2014). Se zastoupením nejčastějšího rizikového chování v období dospívání souhlasí i Kabiček (2013) – alkohol, cigareta (nikotin) a marihuana. Dle studie ESPAD v posledních 30 dnech požilo alkohol 76 % 15letých, kouří cigarety 26 % a s marihuanou má zkušenost 45 % 15letých. Tyto tři drogy považují sami žáci za lehce dostupné (Kabiček, 2013). Mnoho dospívajících k těmto drogám dostane i přes to, že je v ČR pro konzumaci alkoholu či cigaret stanovena věková hranice 18 let, a to prostřednictvím starších vrstevníků, díky nedostatečné obezřetnosti prodejce, nepozornosti rodičů, atd. (Vavrinčíková, 2012). Na tyto 3 látky, jsem se proto níže zaměřila.

Nejčastějším způsobem intoxikace nikotinem je kouření (Fischer, Škoda, 2009). Dle výzkumů začíná většina kuřáků kouřit právě v období dětství či adolescenci. Obzvláště kritickým obdobím je potom věk 14-15 let. Zajímavé je, že v tomto období jde spíše o problém týkající se dívek. Samotný nikotin působí podpůrně na centrální nervový systém (Vavrinčíková, 2012). Dále zvyšuje bdělost, soustředěnost a paměť a potlačuje agresivitu a podrážděnost. Snižuje také chuť k jídlu a tak brání přírůstkům tělesné hmotnosti, což potvrzuje i Vavrinčíková (2012). Předávkování se potom projevuje bolestí hlavy, studeným potem, bledostí, nevolností či závratěmi. Může dojít i k poruše koordinace pohybu. Při dlouhodobém užívání se objeví záněty dýchacích cest, trávicího traktu, poruchy soustředění, spánku či neklid. (Kalina, 2015). Nikotin je látka vyvolávající závislost na úrovni psychické (touha po cigaretě), sociální (vazba na sociální skupiny, vztahy, konkrétní situaci) a fyzické (při přerušení užívání nikotinu se objeví abstinční příznaky – nervozita, změny nálad, poruchy spánku). V porovnání s ostatními návykovými látkami jsou však psychická a sociální rizika užívání nikotinu minimální (Vavrinčíková, 2012). Dle Kaliny (2015) je rizikem rozvoj psychické a tělesné závislosti → nádory plic, postižení koronárních tepen a jiná závažná onemocnění, která mohou způsobit až smrt (Kalina a kolektiv, 2015). V ČR zemře ročně v důsledku nemocí způsobených tabákem asi 23 000 lidí, proto patří tabák mezi drogy s nevyšší mírou rizika - z 90 % příčina nádorů plic (Kalina a kolektiv, 2015; Vavrinčíková, 2012).

Stejně jako nikotin, patří i alkohol mezi legální drogy, které jsou poměrně snadno dostupné a propagované skrze masivní reklamu. Jde o nejrozšířenější a nejčastěji užívanou psychoaktivní látku vůbec (Fischer, Škoda, 2009). Dle zprávy pro Evropskou unii vyzkouší pití alkoholu téměř 90 % dospívajících ve věku 15-16 let. Průměrný věk, kdy se jedinec poprvé setká s alkoholem, je 12,5 let (Sovinová, 2006). Hlavní psychoaktivní složkou většiny alkoholických nápojů je etanol, který se rychle vstřebává prostřednictvím stěny tenkého střeva do krve. Alkohol má pro většinu jedinců uvolňující účinek, zlepšuje náladu a zvyšuje pocit sebejistoty. Změny v chování jedince následkem požití alkoholu závisí na několika faktorech: množství a koncentraci etanolu v nápojích, pohlaví, tělesné hmotnosti, hladině alkoholu v krvi a době uplynulé od požití poslední dávky (Fischer, Škoda, 2009). Vavrinčíková (2012) uvádí tyto faktory: koncentrace alkoholu, rychlost konzumace, psychologické a biologické dispozice konzumenta, sociální vlivy (Vavrinčíková, 2012). Nižší dávka se projevuje zvýšenou aktivitou jedince a neklidem, vyšší dávka zhoršením kognitivních⁸, percepčních⁹ a psychomotorických funkcí. Emoce či nálada se liší individuálně. Dlouhodobé užívání alkoholu pak vede k poklesu inteligence, poruchám paměti a CNS – alkoholová demence. V nejhorších případech může jedinec v důsledku alkoholu i zemřít (Fischer, Škoda, 2009). Prodej alkoholu je v ČR omezen věkovou hranicí 18 let. Dle trestního zákoníku (č. 40/2009 SB., § 204) bude ten, kdo podá, prodá či poskytne alkohol dítěti, tedy osobě do 18 let potrestán odnětím svobody až na jeden rok (Vavrinčíková, 2012).

Poslední látkou, která je pro danou věkovou skupinu poměrně častá, je marihuana, která je řazena mezi konopné drogy s halucinogenními účinky. Marihuana je nejvíce užívána ve věku 15–24 let, což značí její možný výskyt i na základní škole – nejčastějším způsobem užívání je kouření. Při malé a nepravidelné dávce se objeví první příznaky do 30 minut a doznívají za 1 až 5 hodin. V moči ji lze detekovat od 1 do 30 dní (Kalina, 2015). Dle Kabíčka nastupují již během několika minut (Kabíček, 2013). Hlavní očekávané účinky jsou: zklidnění, euforie, zostření smyslového vnímání a veselost. Dostavují se však i účinky negativní jako hlad, poruchy krátkodobé paměti, zmatenost, zhoršení jemné motoriky, psychotické prožitky, halucinace, intoxikace dominující úzkostí, a další příznaky. Dlouhodobé užívání sebou přináší pomalé reakce, zamyšlenost a zabývání se detaily či poruchy krátkodobé paměti (Kalina, 2015).

⁸ Jde o souhrn procesů, zahrnujících vnímání, paměť, myšlení, řeč, kreativitu, fantazii, orientaci, atd. (Hartl a Hartlová, 2010, s.159)

⁹ Percepci lze jinými slovy definovat jako vnímání – proces, kdy jedinec prostřednictvím smyslů a nervových center v mozku získává informace (Hartl a Hartlová, 2010, s.398, 663).

Obecně je ČR, dle výzkumu americké agentury Bloomberg (2012), z 57 zemí světa ve spotřebě alkoholu na prvním místě, v užívání drog na druhém místě a na pátém místě, co se týče kouření cigaret (Sobotková, 2014). Což je dle mého názoru až zostuzující.

3.6.1 Prevence a intervence

Z hlediska předcházení riziku užívání návykových látek je důležité dobré rodinné zázemí, bezpečné vazby, sebedůvěra jedince, schopnost kritického myšlení a dovednost odmítat (dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz>). Samotná prevence návykových látek by měla začínat několik let před rizikovým věkem. Měla by být založena na vědeckých faktech přizpůsobených věkové kategorii, komplexnosti, dlouhodobosti, vyhýbání se zastrašování a jednostranně podávaným informacím. Pedagogové by měli kvalitně formovat postoje dětí k návykovým látkám a tak předcházet jejich zneužívání či se alespoň snažit oddálit věk experimentování s návykovými látkami, snížit frekvenci a rizikovost chování → snížení dopadu na zdraví a vývoj dítěte (Koranda in Kabíček, 2013). Cílem včasné (primární) prevence je dle Nešpora (2011) předejít užívání návykových látek (včetně alkoholu a tabáku) či ho alespoň oddálit do pozdějšího věku, kdy je dospívající „odolnější“ a omezit nebo zastavit experimentování s návykovými látkami → předcházení poškození tělesného a duševního zdraví (Nešpor, 2011).

Dle zprávy pro Evropskou unii by měly být pojímány vzdělávací programy spíše jako opatření pro posílení informovanosti o problémech spojených s alkoholem. Všestranné vzdělávací programy mají probíhat již od raného dětství (informace o následcích konzumace alkoholu pro zdraví, rodinu a společnost; informace o účinných opatřeních, která by eliminovaly a minimalizovaly škody) a využívat mediálních kampaní pro informovanost veřejnosti (Sovinová, 2006). I dle Korandy by měla být protidrogová prevence zaměřena na mladší věkové kategorie. Snaha aplikovat preventivní programy především v období dospívání nebývá příliš úspěšná. Poměrně efektivní bývají tzv. „peer programy“¹⁰ (Koranda in Kabíček, 2014).

Preventivní programy a pomoc nabízí v Libereckém kraji MAJÁK o.p.s. (nizkoprahové zařízení pro děti a mládež – ambulantní a terénní služby) či od 15 let ADVITA,z.ú. (centrum ambulantních služeb → program ambulantního poradenství a doléčovací program – ambulantní a pobytové). V Praze, je to například NEMOCNICE Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (Sociální poradna při Dětském

¹⁰ Programy realizované za pomoci vybraných a zaškolených vrstevníků, kteří jsou se spolužáky v každodenním kontaktu (Koranda in Kabíček a kol., 2014)

a dorostovém detoxikačním centru Nemocnice milosrdných sester Sv. Karla Boromejského – ambulantní sociální služby) (Registr poskytovatelů sociálních služeb, dostupné z: <http://www.mpsv.cz>).

3.7 Kriminální činnost, delikvence

V užším pojetí definujeme kriminalitu jako: „*způsob chování porušující normy trestního práva*“. V širším pojetí jde o společensky nežádoucí jevy, které nemusí být řízeny trestním právem, ale s trestnou činností úzce souvisejí – předcházejí ji nebo ji ovlivňují (Firstová 2014, s.14). Dle Hartla a Hartlové (2010) je kriminalita negativní jev, který je tvořen souborem jednání, jehož důsledkem je trestná činnost (činnost překračuje zákon a je vedena zločinným úmyslem) (Hartl, Hartlová, 2010). Fischer a Škoda (2009) definují kriminalitu takto: „*výskyt chování, které je v dané společnosti trestné*“ (s.156). Jde o soubor trestních činů, které se v dané společnosti vyskytují či vyskytli (činy, které jsou dle trestního zákona postižitelné). Za širší pojem zahrnující kriminalitu je Fischer a Škoda delikvenci (Fischer, Škoda, 2009). Dle Hartla a Hartlové je delikvence: „*chování, které je v konfliktu se společenskými normami či právním řádem – protisociální jednání*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 89). Na rozdíl od kriminality zahrnuje delikvence i skutky, které nejsou považovány za trestný čin. Za delikvenci mládeže je považováno veškeré jednání mládeže, které porušuje společenské normy a jehož ochrana je zabezpečena právními předpisy (Firstová, 2014). Delikvence zahrnuje například přestupky či trestnou činnost ve věku mladším než 15 let (nelze trest uložit – z důvodu věku). Pojem je používán i v souvislosti s nežádoucím a nepřijatelným chováním dětí a mládeže. Fischer a Škoda uvádí navíc pojem juvenilní delikvence, který se užívá v případě delikvence u mladistvých (Fischer, Škoda, 2009). Jde o: „*páchání trestních činů nezletilci a mladistvými*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s.89). V souvislosti s delikvencí je třeba vysvětlit pojem predelikvence. Tento pojem označuje způsoby „*rizikového*“ chování, které mohou v průběhu času přerůst až v nejrůznější projevy trestné činnosti (Firstová, 2014). S těmito způsoby chování souvisí i poruchy chování, které označují řadu výchovně nežádoucích projevů vznikajících v důsledku narušení sociální přizpůsobivosti. Můžeme sem zařadit záškoláctví, krádeže, lhaní, útěky z domova, toulání, projevy šikany ve školním kolektivu, atd. Kriminální činy mladistvých většinou představují poruchu chování (Martínek, 2015).

Jednou z nejčastějších poruch chování je záškoláctví. Záškoláctví zahrnuje: „*veškeré nevysvětlitelné a neoprávněné absence bez řádného omluvení zákonnými zástupci*” – pro absenci není legální důvod (Firstová, 2014, s.24). Dle Martínka jde o: „*úmyslné zameškávání školního vyučování, kdy žák o své vlastní vůli, ve většině případů bez vědomí rodičů, nechodí do školy a neplní školní docházku*” (Martínek, 2015, s.116). Záškoláctví rozeznáváme dvojího typu: (1) impulzivní (neplánované) – náhlá reakce dítěte, která může trvat i několik dnů; (2) účelové – předem plánované vyhýbání písemné práci, zkoušení, předmětu, vyučujícímu (Firstová, 2014; Martínek, 2015). Dle Martínka (2015) lze rozdělit příčiny záškoláctví do tří základních skupin: (1) negativní vztah ke škole – nechut' ke školní práci, porucha vztahů mezi dětmi, strach ze školy, strach z učitele atd.; (2) vliv rodinného prostředí – příliš vysoká péče ze strany rodičů, vysoké nároky na dítě, nejednotné a nestálé výchovné působení rodičů; (3) trávení volného času a vliv party – nejistá pozice v rodinném prostředí vede k inklinaci k různým partám. Party a gangy s kriminálním podtextem vznikají z podskupin mladých lidí, kteří se mezi sebou dobře znají (prostředí sídliště, vesnice). Záškoláctví může být jednou z podmínek do přijetí takovéto party (Martínek, 2015). Rozlišujeme několik základních kategorií záškoláctví. První kategorií je pravé záškoláctví, kdy se rodiče domnívají, že jejich dítě školu řádně navštěvuje. Další skupinou je záškoláctví s vědomím rodičů, kdy o něm rodiče vědí, ale přecházejí to (mají sami negativní vztah ke vzdělání nebo se naprosto podřizují přáním dítěte, atd.). Další variantou je klamání rodičů, prostřednictvím simulace nevolnosti či nemoci – špatně odlišitelná hranice skutečné nemoci. Dítě také může opouštět třídu či školu během průběhu vyučovacího procesu. Poslední kategorií je odmítání školy a to u žáků, pro které činí představa docházky do školy psychické obtíže z důvodu školní neúspěšnosti, náročnosti učiva, šikany, atd. (Firstová, 2014). Pro eliminaci výskytu záškoláctví je důležitá vstřícná a otevřená komunikace mezi žáky a učiteli – učitelé jsou příliš přetěžováni a nemají možnost včas rozpoznat projevy chování, které by jim neměly uniknout. Dále různé mimoškolní akce a aktivity vedené odborníky na volný čas dětí a mládeže (Martínek, 2015).

Velmi častou poruchou chování u mladistvých jsou také krádeže. O krádež se jedná tehdy, pokud jedinec věc odcizí vědomě a plně si při tom uvědomuje nesprávnost svého chování (Martínek 2015). V adolescenci dochází k závažnějším projevům krádeží. Krádeže jsou předem připravené a promyšlené. Jedinec krade pro sebe nebo pro druhé (akceptace partou). Nejvíce závažné jsou krádeže pro partu, neboť se stávají určitou sociální normou party – postupná fixace chování jedince (Firstová, 2014). Na krádeži má v tomto věku

většinou podíl prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, parta či nevýhodné postavení v kolektivu (Martínek, 2015). S krádeží také souvisí vloupání či loupežné přepadení. V těchto případech nejde jen o samotný akt krádeže, ale krádež je navíc spojena s prvky agrese – například rozbití okna, vylomení uzamčených dveří, atd. Zvláště loupežné přepadení nabývá v poslední době u dětí na významu. Jde o akt, jehož hlavním motivem je získání majetkového prospěchu, kterého je dosaženo za použití násilí či jeho hrozby (Firstová, 2014).

Obecně lze kriminalitu mládeže charakterizovat několika body: skupinovitost (trestná činnost je páchána ve skupině), neadekvátnost jednání, neschopnost odložení uspokojení svých potřeb, nadměrná brutalita, nedostatečná příprava a plánování (nechají se k delikventnímu činu stáhnout, aniž by si uvědomili jeho důsledky) a vysoká míra latence (u méně závažných činů či deliktů páchaných dětmi vyšší míra tolerance společnosti k těmto činům). U jedinců mladších 15 let se jedná spíše o majetkovou kriminalitu. Převažují tzv. „prosté“ krádeže, které zahrnují například krádeže zboží v obchodech, odložených věcí či kapesní krádeže. Velmi časté jsou také krádeže vloupáním (vloupání do chat, obchodů, automobilů, atd.) či tzv. „poškozovací delikty“ (především sprejerství). Kriminologové uvádějí, že věk mezi 12.-15. rokem je rizikový pro vznik kriminální dráhy mladého delikventa (Firstová, 2014).

3.7.1 Prevence a intervence

Pro prevenci mají zásadní význam programy včasné prevence, zaměřené na podporu problematických rodin s malými dětmi – poradenské služby. V rámci školských zařízení jsou poradenské služby realizovány metodiky školní prevence a výchovnými poradci či školním psychologem nebo speciálním pedagogem (viz kapitola č.5). Významnou úlohu má pro prevenci Policie ČR. Policie ČR realizuje prevenci prostřednictvím tzv. preventistů. Preventisté, by měly být v kontaktu se školskými zařízeními a dohodnout se na počátku školního roku na možnostech spolupráce – různé preventivní programy, určené dětem. Jedná se o přednášky, besedy, atd (Firstová, 2014). U dopívajících lze také využít přehrávání si různých situací a jejich následné hodnocení dětmi a pedagogem – učení sociálním dovednostem, diskuze ve skupinách na dané

téma – schopnost řešit problémy (respektovat názor druhých, kompromis, atd.) či různé vrstevnické programy¹¹ (Matoušek a Matoušková, 2011).

Typ intervence je zvolen v závislosti na typu delikventa – typ socializovaný (problémové chování vlivem komplikovaného dospívání či negativních situačních vlivů – členství v partě, vzpoura proti autoritám, experimentování s hranicemi a limity) a nesocializovaný (přítomnost impulzivní a instrumentální agrese, nestálý životní styl). U socializovaného typu se používají mírné sankce a sociální podpora delikventů. Většina mladistvých delikventů je však nesocializovaného typu, při jejich intervenci jsou používány efektivní strategie, které vyžadují jasné pojmenování problémů, limitování a definování hranic a programy k osvojení chybějících kompetencí (odbourání impulzivity, plánování cílů a jejich dosahování, atd.). Cílem včasné intervence je náprava mladistvého delikventa a vymezení delikventního chování. Pro jedince se závažnými poruchami chování může být dítě umístěno do výchovného ústavu či střediska výchovné péče (Firstová, 2014).

¹¹ „Peer program“ je program prevence různých typů sociálního selhání, realizovaný vrstevníky pohybujícími se v prostředí cílové skupiny (Matoušek, 2008, s.245)

4. PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ NA DRUHÉM STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY

Prevence je opatření, které nám pomáhá předcházet nežádoucím jevům. Matoušek (2008) prevenci charakterizuje jako soubor preventivních opatření, které napomáhají předcházet sociálnímu selhání. Jde především o selhání, která ohrožují základní hodnoty společnosti – kriminalita, prostituce, xenofobie, rasismus, atd. (Matoušek, 2008). Prevenci rozlišujeme trojího typu: primární, sekundární, terciární. Primární prevence zahrnuje opatření, která obecně podporují žádoucí formy chování či opatření, která jsou zaměřena přímo proti konkrétnímu riziku – například předcházení prvnímu kontaktu jedince s drogou, zdravotní výchova (besedy, plakáty, příručky, vrstevnické programy¹², atd.). Sekundární prevence je zaměřena na rizikovou skupinu jedinců, která je zvláště ohrožena negativním jevem. Terciární prevence se zaměřuje na dobu, kdy již negativní jev vznikl a působí problémy. Cílem terciární prevence je zamezit či předejít vzniku dalších škod (Hartl, Hartlová, 2010).

Dle Pilaře je nejdůležitější časná péče ve smyslu terapeutické intervence v raném věku dítěte, zaměřená na rodinu. Rodina je totiž základní složkou socializace i preventivní péče o dítě. Prevence má být zaměřena ve vztahu k poruchám chování, selhávání ve škole, sociálnímu selhání a k výskytu sociálně patologických jevů u dospívajícího jedince v pozdějším věku. V českých podmínkách však ještě není tato péče realizována (Pilař in Jedlička, 2015)

V rámci škol se nejčastěji realizuje všeobecná primární prevence, zaměřena na běžnou populaci mládeže a dětí (bez zhodnocení rizikových skupin). Do tohoto typu prevence spadají programy pro větší počet osob (třída, menší sociální skupina). Jde o tematické programy se zpracovanou metodikou prováděné většinou vyškoleným metodikem školní prevence. Všeobecné primárně preventivní působení škol doplňují také pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče a nestátní neziskové organizace¹³ (viz kapitola č.5). Budinská (2014) rozeznává dva typy primární prevence – selektivní primární prevence a indikovaná primární prevence. Selektivní

¹² „Program primární prevence sociálně patologických jevů, spočívající v aktivním zapojení předem připravených vrstevníků (dobrovolníků), kteří pomáhají formovat postoje mladých lidí a ovlivňovat jejich rizikové chování” (Hartl, Hartlová 2010, s. 446).

¹³ Jde o mimoškolní zájmové činnosti, které vedou děti ke smysluplnému trávení volného času (Firstová, 2014).

primární prevence je zaměřena na osoby, u kterých se vyskytují ve zvýšené míře rizikové faktory pro vznik a vývoj rizikového chování (sociálně patologických jevů) – více ohrožení jedinci. Větší důraz je kladen na vzdělání preventisty, a to v oblasti speciální pedagogiky, adiktologie a psychologie. Do selektivní primární prevence spadají sociálně-psychologické skupinové programy posilující sociální dovednosti, vztahy, komunikaci, atd. Indikovaná primární prevence působí na jedince, kteří jsou vystaveni působení rizikových faktorů či na jedince, u kterých se projevy rizikového chování již projeví. Cílem je podchytit problém co nejdříve, vyhodnotit potřebnost specifických intervencí a intervence co nejrychleji zahájit. Pro poskytování indikované primární prevence je potřebné vzdělání v oblasti speciální pedagogiky, adiktologie, psychologie, atd. (Budinská in Kabíček, 2014).

Z hlediska prevence je velice důležité pozitivní klima školy, které dokáže samo osobě eliminovat nežádoucí chování (například šikana, krádeže, záškoláctví, užívání návykových látek, atd.) (Jedlička, 2015). Toto potvrzuje i Budinská (2014): „*není možné budovat pozitivní návyky bez cíleného působení na oblast mezilidských vztahů a budování pozitivního klimatu ve třídách a školách*” (Budinská in Kabíček, 2014). Z hlediska primární prevence sociálně patologických jevů, je důležité, aby školu jedinec vnímal jako bezpečné a podnětné místo a nalézal v učitelích oporu a rádce (mít se na koho v obtížných situacích obrátit). To zabezpečují především jasně stanovená pravidla, která stanovuje ředitel a požaduje učitel (Jedlička, 2015). Jasně stanovená pravidla jsou pro jedince zárukou stability a bezpečí i dle Kabíčka (2014). Uplatňování pravidel by mělo být mezi pedagogy jednotné. Dospívající se raději přizpůsobují požadavkům vychovatelů, kteří mají pevně a jasně stanovená pravidla, jsou spravedliví a snaží se respektovat jejich názory a potřeby. Jak jsem již zmínila výše, pocit důvěry a respektu je nejlepším způsobem prevence nežádoucího chování. Důležitá je také dostatečná a přiměřená komunikace s rodiči žáků – autorita učitele není před dětmi zpochybňována (Budinská in Kabíček, 2014). Dle Jedličky (2015) je prevence sociálně patologických jevů na základních školách velmi podceňována a to od nejvyšších politických orgánů až po samosprávu, která za základní školy zodpovídá. Je potřeba poskytovat podmínky pro vytváření pozitivní atmosféry, která vede k vyšším výkonům, samostatnosti a kreativitě učitelů i žáků (Jedlička, 2015).

Nedílnou součástí prevence je příprava pedagogických pracovníků. Pedagog by měl být schopen rozpoznat, že něco není v pořádku a dokázat na vzniklou situaci adekvátně a účinně reagovat – vzdělávání v rámci určitých fakult, svou roli mají ale také nestátní

neziskové organizace a pedagogicko-psychologické poradny (Budinská in Kabíček, 2014). Samotné vzdělání pedagogických pracovníků je podrobně rozpracováno v zákoně: „*Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*” (aktuální znění zákona o pedagogických pracovnících k 1. lednu 2015) na internetovém portálu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Zákon obsahuje i požadované vzdělání speciálních pedagogů, psychologů, metodiků prevence, atd. (Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, dostupné z: <http://www.msmt.cz>).

Významným dokumentem pro prevenci v oblasti rizikového chování na školách je „*Minimální preventivní program*” (MPP), který je povinnou součástí rámcového vzdělávacího programu (RVP¹⁴). Kontrolu MMP zabezpečuje Česká školní inspekce (Budinská in Kabíček, 2014). Školní preventivní program je určen pro základní orientaci pedagogických pracovníků v otázkách prevence. Určuje cíle preventivního působení na základě aktuální situace ve škole i mimo ni – dobrá znalost místní komunity. Náplní preventivního programu by měla být komplexní řada opatření (pedagogických přístupů), včetně dlouhodobých cílů, zájmových akcí a aktivit, které jsou spojené s prevencí rizikového chování na školách a směřují k podpoře sociálních vztahů a rozvoji osobnosti žáků. Program se také snaží o eliminaci možného rizika a sociálně patologických jevů, které ohrožují nejen žáky, ale i pracovníky školy a celou společnost. Cílem programu je také vytvářet prostor pro komunikaci mezi školou, metodikem prevence v poradně, zřizovatelem a manažerem prevence v kraji. Při realizaci a plánování jednotlivých opatření je důležitá spolupráce ředitele, školního metodika prevence, výchovného poradce a dalších pedagogických pracovníků se zřizovatelem školy, samosprávnými orgány, poradenskými pracovníky, zdravotníky, policisty, ale i s uznávanými představiteli místní komunity (Jedlička, 2015). MPP musí korespondovat se školním řádem, RVP a celkovými podmínkami školy. Při jeho zpracování je důležité vycházet z vnitřních a vnějších zdrojů školy či školského zařízení (Budinská in Kabíček, 2014). Minimální preventivní program by měl vycházet s těchto zásad: (1) vytváření předpokladů pro zdravý životní styl ve škole, (2) důsledné začleňování problematiky etické a právní výchovy do vzdělání a zdravého životního stylu v souvislosti s ŠVP (Školní vzdělávací program) a RVP (Rámcový vzdělávací program), (3) problematiku etické a právní výchovy, zdravého životního stylu a prevence rizikových forem chování zařezovat do dalšího vzdělávání pedagogů,

¹⁴ RVP (Rámcový vzdělávací program) vymezuje: „*povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání*” (dostupné z: <http://www.msmt.cz>).

(4) promyšlené a přiměřené potlačení rizikových forem chování, (5) koncepční charakter postupu zřizovatelů škol – podrobnější analýza krizové situace, (6) promyšlený způsob efektivity evaluace preventivního programu – funkčnost a zlepšení programu, (7) zapojení mimoškolních partnerů do spolupráce a cílené začleňování problematiky zdravého životního stylu a ochrany žáků před rizikovými formami chování - informovanost rodičů o aktivitách školy v oblasti prevence (Jedlička, 2015).

Pro primární prevenci je také podstatné: „*Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže*“, opět dostupné na internetovém portálu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Dle dokumentu by měla být prevence prováděna komplexně v oblasti psychosociálních dovedností (soběstačnost, důstojnost, seberealizace, schopnost pracovat, žít, spokojenost v rodinných, přátelských a jiných mezilidských vztazích, atd.), existence (péče o sebe, volba zdravého či nezdravého způsobu života, smysl života, budoucnost), sounáležitosti (pocit bezpečí ve škole, městě, pocit vlastní hodnoty – být ostatními přijímán a respektován, atd.) a adaptability (řešení problémů, budoucí profese či zaměstnání, setkávání se s lidmi, trávení volného času, atd.) Dokument zahrnuje formy rizikového chování jako je: alkohol, poruchy příjmu potravy, krádeže, záškoláctví, tabák, kyberšikana a mnoho dalších. Každý fenomén je v dokumentu řádně rozpracován - obsahuje základní informace o daném jevu, rizikové faktory, možnosti spolupráce s dalšími organizacemi, důležité dokumenty, možnosti prevence, postupy a možnosti pedagoga při řešení daného problému (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže - Dokument MSMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>).

Dle Nešpora (2011) by měl program primární prevence splňovat tyto zásady: (1) měl by začít brzy a odpovídat věku, (2) zahrnovat podstatnou část žáků, (3) obsahovat získání přiměřených sociálních dovedností, dovednostní pro život a to včetně dovednosti odmítat, zvládat stres, atd., (4) brát v úvahu místní specifika, (5) využívat pozitivní vrstevnické modely, (6) zahrnovat legální i nelegální návykové látky, (7) zahrnovat snižování dostupnosti rizik i poptávky po nich, (8) počítat s komplikacemi, nabízet vhodné možnosti řešení – návod jak komplikace zvládat, (9) interaktivní forma programu, (10) soustavnost a dlouhodobost, (11) komplexnost a využívání více strategií – prevence ve školním prostředí i práce s rodiči (Nešpor, 2011).

Problematika rizikového chování a sociálně patologických jevů je začleněna do ŠVP (školní vzdělávací program) popřípadě do školních osnov, jako součást výuky

jednotlivých předmětů. (dostupné z: <http://www.msmt.cz>, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MSMT č.j.:21291/2010-28).

Organizace poskytující programy prevence a intervence viz příloha č. 1.

5. SYSTÉM PÉČE V RÁMCI SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ NA ŠKOLÁCH

Na školách v České republice existuje tzv. „sít' poradenských služeb” – poradenský systém ve školství (Firstová, 2014). Poradenský systém ve školství zahrnuje pedagogicko-psychologické poradenství a speciálně pedagogického poradenství (Vyhláška č. 72/2005Sb., §3). Poradenství je odborná služba dětem, rodičům dětí a pedagogickým pracovníkům, která je poskytována subjekty systému poradenských služeb ve školství. (Pilař in Jedlička, 2015). Dle Matouška (2008) jde o: „*poskytování informací, které si klient vyžádá a jež potřebuje k řešení svého problému*” (Matoušek, 2008, s.142). Poradenská služba by měla vést ke zkvalitnění vzdělávacího procesu, osobnostního rozvoje žáků a k řešení obtíží ve školní práci, výchově a vývoji žáků. Poradenské služby jsou bezplatné (Pilař in Jedlička, 2015). Dle příslušné vyhlášky jsou poradenské služby poskytovány dětem, žákům, studentům a jejich zákonným zástupcům, ale také školám a školským zařízením (Vyhláška č. 72/2005Sb., §1). Poradenská zařízení poskytují poradenskou, informační, metodickou a diagnostickou činnost, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby a preventivně výchovnou péči. Spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí, zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány a institucemi potřebnými pro zajištění odpovídající péče o žáky (Zákon č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 82/2015. s vyznačením změn, §116). Poskytování poradenských služeb ve škole zabezpečuje ředitel školy, prostřednictvím výchovného poradce a metodika školní prevence. Na škole však může působit i školní psycholog či školní speciální pedagog – záleží na řediteli školy (Pilař in Jedlička, 2015). Služby jsou zaměřeny na: prevenci školní neúspěšnosti, primární prevenci rizikového chování, kariérové poradenství (informační a poradenská podpora), podporu při integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (včetně žáků sociálně znevýhodněných, žáků z jiného kulturního prostředí), podporu mimořádně nadaných žáků, péči o žáky s výukovými a výchovnými obtížemi, metodickou podporu učitelům při aplikaci psychologických a speciálně pedagogických poznatků a dovedností (Vyhláška č. 72/2005Sb., §2). Činnost školských poradenských zařízení je vymezena v § 116, zákona č. 82/2015 Sb., školský zákon, ve znění pozdějších předpisů - „*Zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů a některé další zákony*” (Zákon č. 82/2015 Sb., dostupné z: <http://www.mvcr.cz>). Zákon je více rozpracován vyhláškou: „*Vyhláška*

č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění”, kterou novelizuje: „Vyhláška č. 116/2011 Sb.” (Pilař in Jedlička, 2015, s. 339; dostupné z: <http://www.msmt.cz>). Systém poradenských služeb je jeden z efektivních nástrojů prevence rizikového chování na školách (Pilař in Jedlička, 2015).

Na systému péče základních škol se podílí mnoho subjektů – Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT), krajský úřad (KÚ), krajský školský koordinátor prevence, metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně (PPP), ředitel školy a školského zařízení, školní metodik prevence, výchovný poradce, školní psycholog, školní speciální pedagog, třídní učitel (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MŠMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>). Jednotlivé subjekty jsou rozpracovány níže.

MŠMT zpracovává akční plán a podporuje a koordinuje problematiku primární prevence, vytváří podmínky pro realizaci systému v metodické a legislativní oblasti na národní úrovni, vyčleňuje finanční prostředky pro primární prevenci, rozvíjí spolupráci s dalšími orgány, institucemi a organizacemi, spolupracuje s odbornou veřejností, metodicky podporuje krajské koordinátory prevence a rozvíjí spolupráci v krajích.

Krajský úřad (KÚ), včetně Magistrátu hl. města Prahy, koordinuje činnosti jednotlivých institucí v rámci prevence v oblasti školství, stanovuje krajského školského koordinátora prevence, vytváří podmínky Minimálních preventivních programů na školách ve svém regionu a provádí jejich kontrolu, zabezpečuje systém vzdělávání pracovníků ve školství v oblasti prevence, zřizuje pedagogicko-psychologické poradny a financuje metodiky prevence PPP. Krajský úřad má také každoročně vyčlenit finance pro specifickou primární prevenci a prevenci dalšího rizikového chování.

Krajský školský koordinátor prevence spolupracuje s protidrogovým koordinátorem, koordinátorem romské problematiky, krajským manažerem prevence kriminality, pracovníky OSPOD a odbodem zdravotnictví (KÚ). Dále monitoruje situaci na školách v regionu, metodicky vede a spolupracuje s metodiky prevence v PPP zřizovaných krajem, shromažďuje informace o realizaci preventivních opatření na školách v rámci kraje, kontroluje naplňování Minimálních preventivních programů na školách a souhrnné informace předává MŠMT. Vytváří také závěrečnou zprávu v oblasti prevence rizikového chování v kraji a je členem Výboru krajských školských koordinátorů

(Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MŠMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>). Na úrovni obcí podporuje ředitele škol a školských zařízení školní metodiky prevence, metodiky prevence v PPP. Spolupracuje také s preventivním týmem MŠMT (Budinská in Kabíček, 2014).

Metodik prevence v pedagogicko-psychologické poradně zajišťuje specifickou prevenci a realizaci preventivních opatření v oblasti vymezené KÚ, koordinaci a metodickou podporu metodiků školní prevence (semináře a odborné konzultace), udržuje kontakt se subjekty angažujícími se v prevenci a spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence. Musí mít vysokoškolské vzdělání a minimální rozsah činnosti na 0,5 úvazku - doporučený je však plný.

Ředitel školy a školského zařízení zodpovídá za prevenci a řešení projevů rizikového chování včetně vytváření podmínek pro předcházení rozvoje rizikového chování. Ředitel zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole se zaměřením na primární prevenci, pravidelně vyhodnocuje Minimální preventivní program, zapracovává do školního a vnitřního řádu řešení problémů, jmenuje školního metodika prevence, spolupracuje s metodikem prevence v PPP a krajským školským koordinátorem prevence, monitoruje a vyhodnocuje realizaci Preventivního programu a realizuje další opatření (kontrola, sankce). Podporuje také spolupráci školního metodika prevence, výchovného poradce, školního psychologa, školního speciálního pedagoga, třídních učitelů a dalších pedagogických pracovníků školy (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MŠMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>). V oblasti sociálně patologických jevů by měl na školách působit školní metodik prevence.

Metodik školní prevence je pedagog vzdělaný v oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky a psychologie se zaměřením na rizikové chování a sociální patologii. Školní metodik prevence úzce spolupracuje s pedagogy (hlavně třídními učiteli – dobře znají třídní kolektiv). Z hlediska poradenských aktivit vykonává především depistáž¹⁵ a orientační šetření u žáků s rizikem nebo projevy sociálně patologického chování, včetně následného poradenství žákům a jejich zákonným zástupcům, popřípadě zprostředkování další odborné péče (Firstová, 2014). Školní metodik prevence také koordinuje a kontroluje

¹⁵ „Aktivní vyhledávání určitého znaku v populaci” (Matoušek, 2008, s.42).

realizaci preventivního programu školy, koordinuje aktivity školy zaměřené na prevenci sociálně patologických jevů (záškoláctví, závislosti, násilí, kriminální chování, sebepoškození, atd.), zabezpečuje metodické vedení činnosti a koordinuje vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti prevence, koordinuje a realizuje aktivity zaměřené na multikulturní prostředí a koordinuje spolupráci školy s orgány státní správy a samosprávy s metodikem prevence v poradně a odbornými pracovišti. V případě akutního výskytu sociálně patologických jevů musí kontaktovat odpovídající odborné pracoviště. Shromažďuje také odborné zprávy a informace o žácích, vede písemné záznamy a své činnosti, zajišťuje a předává odborné informace pedagogickým pracovníkům školy (o sociálně patologických jevech, programech, projektech, metodách a formách primární prevence). Metodik školní prevence musí vést a průběžně aktualizovat databázi spolupracovníků školy v oblasti prevence sociálně patologických jevů (střediska výchovné péče, Policie ČR, orgány sociální péče, nestátní organizace působící v oblasti prevence, centra krizové intervence, atd.) (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MŠMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>; Budinská, 2014; Firstová, 2014). Mimo metodika školní prevence na školách působí také výchovný poradce. Ve škole ale může být i školní psycholog či školní speciální pedagog – není podmínkou.

Výchovný poradce je pedagog, který navíc vykonává specializované metodické činnosti výchovného poradce. Většinou se jedná o učitele, zástupce ředitele či ředitele samotného. Funkci výchovného poradce stanovuje ředitel školy (Firstová, 2014). Výchovný poradce poskytuje poradenské, metodické a informační činnosti. Z hlediska poradenství poskytuje kariérové poradenství, depistáž a orientační šetření žáků s výukovými problémy, diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb a intervence u žáků se speciálními potřebami, atd. Z hlediska metodické a informační činnosti poskytuje metodická pomoc pedagogickým pracovníkům (diagnostika, intervence) a provádí evidenci písemné dokumentace žáků v poradenské péči (Vyhláška č. 72/2005Sb., příloha č. 3, dostupné z: <http://www.msmt.cz>). Výchovný poradce také pomáhá navázat spolupráci s dalšími odborníky (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra či střediska výchovné péče) – je prostředníkem komunikace. Měl by dokázat rychle a efektivně řešit problémy ohledně sociálně patologických jevů na škole. Školní psycholog a školní speciální pedagog se též podílí na poradenských službách ve škole.

Školní psycholog provádí z hlediska sociálně patologických jevů depistáž a diagnostickou činnost – včasná intervence (zjišťování sociálního klimatu třídy, screening¹⁶, ankety, dotazníky, diagnostika výukových a výchovných problémů žáků, atd.) (Firstová, 2014; Vyhláška č. 72/2005Sb., příloha č. 3, dostupné z: <http://www.msmt.cz>). Provádí také individuální případovou práci či krizovou intervenci žákům i jejich zákonným zástupcům. Školní psycholog však vykonává i metodické a vzdělávací činnosti jako jsou besedy, semináře, osvěta, metodická pomoc, atd., pro pedagogy, žáky a jejich zákonné zástupce (Vyhláška č. 72/2005Sb., příloha č. 3, dostupné z: <http://www.msmt.cz>).

Školní speciální pedagog směřuje svou činnost k péči o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (depistáž, diagnostika, intervence). Koordinuje také speciálně pedagogické poradenské služby ve škole (Firstová, 2014).

Posledním subjektem je třídní učitel, který spolupracuje se školním metodikem prevence, motivuje k vytvoření vnitřních pravidel třídy a dbá na jejich dodržování, zprostředkovává komunikaci s ostatními pedagogy a mezi školou a zákonnými zástupci žáků, získává a udržuje přehled o osobnostních záležitostech žáků třídy a jejich rodinném zázemí (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže – Dokument MŠMT č.j.:21291/2010-28, dostupné z: <http://www.msmt.cz>).

Do systému školských poradenských zařízení zahrnujeme pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra - spadají do rezortu MŠMT. Do tohoto systému lze také zahrnout střediska výchovné péče, která však aktuálně pod rezort školství nespádají (Zákon č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 82/2015 Sb. s vyznačením změn, dostupné z: <http://www.nuv.cz>).

Pedagogicko-psychologické poradny poskytují poradenské, diagnostické, terapeutické a preventivně výchovné služby, které jsou poskytovány ambulantně na pracovišti poradny nebo dochází pracovníci poradny (speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci) přímo do škol a školských zařízení (Pilař in Jedlička, 2015). Do zařízení dochází za účelem konzultační, metodické činnosti a spolupráce. Firstová (2014) tyto služby definuje jako poskytování pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologické pomoci při výchově a vzdělávání žáků (Firstová, 2014). Tyto poradenské činnosti jsou zaměřeny na rozvoj osobnosti, sebepoznávání a rozvoj prosociálních forem chování, na prevenci negativních

¹⁶ Umožňuje rychle a snadno získat informace o sledovaném jevu (Hartl a Hartlová, 2010, s. 514).

jevů v sociálním vývoji dětí a mládeže, atd. Prostřednictvím metodika prevence zajišťují prevenci sociálně patologických jevů (rizikových forem chování) na školách, realizaci preventivních opatření na školách, koordinaci metodiků prevence a spolupracují v oblasti prevence s orgány státní správy na daném území. Dále poskytují konzultace a odborné informace pedagogickým pracovníkům při výchově a vzdělávání žáků, kteří vyžadují zvláštní pozornost z hlediska psychického vývoje, sociálního vývoje, výchovy, vzdělávání či profesní orientace (Pilař in Jedlička, 2015).

Dalším zařízením jsou speciálně pedagogická centra, která poskytují pedagogickou, psychologickou a další podpůrnou péči jedincům se zdravotním postižením (vady řeči, zraku, sluchu, jedinci s tělesným, mentálním či kombinovaným postižením). Centra poskytují odbornou pomoc klientům v procesu pedagogické a sociální interakce (Firstová, 2014). Pomoc je poskytována stejně jako v pedagogicko-psychologických poradnách ambulantně na pracovišti nebo návštěvami odborných pracovníků na školách a školských zařízeních, vzděláváním přímo v rodinách žáků či zařízeních, která pečují o žáky se zdravotním postižením. Provádí poradenské služby, speciálně pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku, speciálně pedagogickou péči, integraci žáků se speciálními potřebami, nabízí také konzultace a odborné informace zákonným zástupcům a pedagogům, zabezpečuje kompenzační pomůcky pro žáky, atd. (Pilař in Jedlička, 2015).

Střediska výchovné péče jsou součástí diagnostických a výchovných ústavů. Mají předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte (dospívajícího) a předcházet narušení jeho zdravého vývoje. Mají také zmírňovat či odstraňovat příčiny a důsledky již vzniklých poruch chování a přispívat ke zdravému osobnostnímu rozvoji dětí a dospívajících (prevence vzniku negativních jevů v sociálním vývoji žáků). Střediska zprostředkovávají prevenci rizikových forem chování u žáků, kteří jsou přímo ohroženi sociálně patologickými jevy. Přijetí do střediska závisí na dobrovolném rozhodnutí klienta (dítě, dospívající) a jeho rodičů. Hlavními úkoly je rozvoj komunikace a pozitivních vztahů v rodině. Pro další resocializační a sociálně rehabilitační aktivity se využívá individuální psychoterapie, různé metody v oblasti arteterapie, muzikoterapie, atd. Poskytují služby ambulantní (pedagogicko-psychologická intervence, spolupráce s rodinou, školním prostředím), celodenní a internátní (v případě, že jsou ambulantní služby nedostačující) (Pilař in Jedlička, 2015). Tyto služby upravuje „*Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo*

ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních změně dalších zákonů” (Zákon č.109/2002 Sb.).

6. MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE

Subjekty systému školní poradenské péče musí spolupracovat s dalšími organizacemi a institucemi - jedná se především o orgány sociálně-právní ochrany dětí (Firstová, 2014). Úkolem těchto orgánů je ochrana práv a nároků dětí na příznivý vývoj a řádnou výchovu, preventivní opatření vůči selhávání rodiny (obnovení narušených funkcí rodiny), pomoc při řešení náročných životních situací rodin (rizikové rodiny) a snaha udržení rodiny jako celku (Pilař in Jedlička, 2015). Oddělení sociálně-právní ochrany dětí, tzv. OSPOD, je od roku 2003 součástí každého obecního úřadu s rozšířenou působností (předtím součástí okresního úřadu). OSPOD spolupracuje s rodinami, sleduje výkon ústavní a ochranné výchovy, účastní se na trestném řízení vedeném proti mladistvému, spolupracuje s věznicemi, ukládá rodinám a dalším osobám výchovná opatření, atd. (Matoušek, 2008). Sociálně-právní ochrana dítěte zahrnuje právo dítěte na život, na jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, ochrana dítěte před tělesným a duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním či vykořisťováním. Hlavními principy sociálně-právní ochrany dětí jsou: (1) zájem, prospěch a blaho dětí, (2) je poskytována všem dětem bez rozdílu, (3) je poskytována bezplatně, (4) všem mladším 18 let, (5) za ochranu je odpovědný stát, (6) ochranu zabezpečují orgány s obecnou působností (např. soudy, MPSV, Úřad pro mezinárodní ochranu dětí), kraje a obce, (7) důraz kladen na ochranu dětí před sociálně patologickými jevy, (8) poskytnutí náhradní výchovy dětem, které nemohou být ponechány v původní rodině, (9) sanace rodin, atd. (Legislativa a systém sociálně právní ochrany dětí, dostupný z: <http://www.mpsv.cz>). Sociálně právní ochrana je zaměřena především na děti, jejichž zákonní zástupci nemohou či nechtějí plnit rodičovské funkce a výchovné povinnosti, na děti utíkající z domova, s rizikovým stylem života či na děti, na nichž by spáchán trestný čin (Matoušek, 2008). Zákony související se sociálně-právní ochranou dětí jsou: „*Zákon, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*” (Zákon č. 401/2012 Sb., dostupné z: <http://www.mpsv.cz>) a „*Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí*” (Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí, 2012, dostupné z: <http://www.mpsv.cz>).

Se školami a školskými zařízeními spolupracují tedy i sociální pracovníci a kurátoři pro děti a mládež – především v případech záškoláctví a hrubé porušování školního řádu (agresivní jednání, drobné majetkové delikty, atd.) (Firstová, 2014). Sociální pracovník

je pracovník, který vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, poskytuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní a krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, §109, dostupné z: <http://www.mpsv.cz>). Sociální pracovníci mohou, za účelem ochrany života, zdraví a práv dítěte (zda je o dítě dostatečně postaráno), provádět sociální šetření v prostředí, ve kterém dítě žije. Škola má povinnost kontaktovat orgány sociálně-právní ochrany dětí, při podezření na zanedbávání dítěte v rámci rodinného prostředí. Sociální pracovníci však nemají jen povinnost reagovat na popud z vnějšího prostředí, ale sami mají povinnost ohrožené děti a mladistvé sociálně patologickými jevy vyhledávat. Sociální pracovník pracuje nejen se samotným jedincem, ale i celou rodinou. Dle Firstové (2014) usiluje o tzv. „*sanaci rodiny ve smyslu hledání optimální cesty k zabezpečení funkčnosti celého rodinného prostředí*” (Firstová, 2014, s. 155). Hartl a Hartlová definují sanaci jako: „*ozdravení, uzdravení, vyléčení*” (Hartl a Hartlová, 2010). Matoušek (2008) však popisuje samotnou sanaci rodiny jako podporu. Jde o jaké si postupy, které podporují fungování rodiny. Sanace rodiny probíhá formou podpory od zaškoleného dobrovolníka, terapie poskytované celé rodině či někomu z rodiny odborníkem v prostředí domova či jinde nebo služby poskytované rodinám (docházka dětí do specializovaných denních center, mateřských a rodinných center, atd.) (Matoušek, 2008). V případech, kdy se sanace rodiny nedaří, mohou sociální pracovníci podávat návrh na nařízení předběžného opatření k soudu. Se sociálními pracovníky spolupracují kurátoři pro děti a mládež (Firstová, 2014).

Kurátoři pro děti a mládež jsou odborní pracovníci sociální pomoci, kteří se zabývají dětmi a mladistvými - obtížně vychovatelní jedinci, mladiství pachatelé trestné činnosti a jejich rodiny (Matoušek, 2008). Cílem práce kurátorů pro děti a mládež je odstranění podmínek, příčin a následků nežádoucího jednání vůči nezletilým jedincům ze strany dospělých. Provádějí komplexní sociálně-právní poradenství a sociální terapii ve vztahu k ohroženým dětem (dětí s poruchami chování, dopouštějící se delikventního jednání) a jejich rodinám. Poskytují dohled nad těmito dětmi a poradenské a konzultační služby jejich zákonným zástupcům. Významnou roli mají také sociální kurátoři, kteří se podílejí na vytváření a realizaci preventivních programů (Firstová, 2014).

Velice zajímavý článek týkající se sociálních pracovníků na školách uvedl v časopisu Sociální práce Roman Baláž. Dle Baláže, pedagog nemůže zastávat roli výchovného poradce, psychologa, kariérového poradce atd. – nemůže být odborníkem na vše! Na školách by mělo dojít k vytvoření podpůrné sítě odborníků, kteří pedagogům s jejich problémy se žáky pomohou (přesto, že pedagog musí mít základní dovednosti pro řešení problémových vztahů s dětmi a rodiči). Baláž hodnotí systém pedagogicko-psychologického poradenství na školách, jako ne příliš funkční – chybí podpora sociálních pracovníků a psychologů. Sociální pracovník by měl usilovat o lepší spolupráci mezi školou a rodinou (Při nepochopení může být sociální pracovník pro školu velmi nebezpečný cizinec, dostupné z: <http://www.socialniprace.cz>).

S myšlenkou sociálních pracovníků na školách souvisí i pilotní projekt „*Terénní sociální práce na základní škole*“, který se vyskytuje na Norských školách a je pomalu přenášen do zdejšího prostředí škol – projekt funguje např. na ZŠ v Horních Počernicích a je zaměřen zejména na 2. stupeň základních škol. Sociální pracovníci působí ve dvojicích během přestávek, ve školní jídelně, vnějších i vnitřních prostorách školy, příležitostně i přímo v hodinách zaměřených na specifickou prevenci (např. šikana, návykové látky, sebepoškození). Cílem sociálních pracovníků je navazovat pomáhající vztah důvěry vzhledem k žákům → sdílení obtížných situací spojených s dospíváním, školním neúspěchem, potížemi doma, ve vrstevnické skupině, výchovnými problémy, šikanou, atd. Sociální pracovníci si s žáky povídají o každodenním životě, zážitcích, atd. s cílem oslovit ty, kteří jsou na okraji kolektivu. Snaží se o lepší klima třídy, prohlubují toleranci kolektivu vůči jinakosti jedinců, spolu s žáky reflektují nevýhody rizikového chování pro daného jedince či skupinu, podporují žáky ke sdílení důležitých témat s dalšími pracovníky školy (pedagogem, psychologem, metodikou primární prevence, atd.) a vedou žáky k odpovědnosti za své chování. Sociální pracovník by měl fungovat jako aktivní prostředník k vzájemnému porozumění a pomocník na cestě k dospívání. Mezi hlavní kompetence sociálního pracovníka na škole patří mlčenlivost (nikomu nesdělují informace získané od žáků, pokud nedostane svolení), neutralita a nevměšování se do výchovných opatření učitelů (nezasahují do výchovného působení učitelů, ale vedou k reflexi chování žáka či přiměřeným otázkám na učitele). Dále by měl plnit poradenské/mediační funkce – na přání žáka či učitele poskytnout svůj pohled na danou situaci a přivést strany k vzájemnému pochopení a účinnému dialogu (Terénní sociální práce na základní škole, dostupné z: <http://www.neposeda.org>).

Výskyt sociálních pracovníků v prostředí škol je, v rámci terénní sociální práce, velmi dobrá myšlenka. Práce s žáky základních škol by mohla být pro školy a školská zařízení velmi přínosná, a to především z hlediska prevence výskytu sociálně patologických jevů. Souhlasím s názorem Baláže: „*Pedagog nemůže být odborníkem na vše!*“. Poměrně aktuálním a mediálně známým tématem je například šikana učitelky na Střední průmyslové škole v Praze – Malešicích (dostupné z: <http://www.echo24.cz>). Kdyby na škole působili terénní sociální pracovníci, možná by k tomuto aktu vůbec nedošlo. Proto je teorie sociálních pracovníků na školách velmi podnětná a z mého pohledu perspektivní.

7. DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazník je jednou z nerozšířenějších výzkumných metod. Metoda je využívána k hromadnému šetření – kvantitativní výzkum (získání velkých souborů dat). Jedná se o metodu získávání informací písemnou formou → nemožnost využití u malých dětí, osob mentálně či jinak postižených, nevidomých, atd. – vyžaduje schopnost číst a psát (Reichel, 2009). Obecně jde o psaný soubor otázek. Respondent otázky čte, musí interpretovat jejich význam a následně na dané otázky odpovědět. Hlavním úkolem dotazníku je zjistit o respondentovi co nejvíce dat, jeho postoje a názory ve vztahu ke zmiňovanému problému, který zajímá dotazujícího. I dotazník má však, jako každá výzkumná metoda, své výhody a nevýhody. Výhody dotazníku jsou: rychlé a snadné zadání dotazníku, možnost oslovení většího počtu osob, možnost získání ojedinělých informací (nemožno získat jinou technikou), anonymita respondentů. Naopak nevýhody dotazníku jsou: subjektivita výpovědí, respondent na otázku nemusí odpovědět, nemusí mu vyhovovat stanovená forma dotazování, není možné případné dovysvětlení otázky (pokud dotazník dotazující sám neprezentujeme), omezený prostor pro odpověď respondenta (nucen zvolit odpověď, kterou by za jiných okolností nezvolil) či může dojít ke zkreslení odpovědí (Bartošová a Skutil in Skutil, 2011).

Při konstrukci dotazníku by se měl dotazovaný řídit určitými zásadami. Chráska (2007) uvádí pro konstrukci dotazníku tyto požadavky: (1) jednotlivé položky dotazníku musí být jasné a srozumitelné, (2) formulace položek musí být jednoznačná, položky by měly zjišťovat pouze důležité údaje (údaje nelze získat jiným způsobem), (3) položky dotazníku nesmí být sugestivní (naznačit respondentovi odpověď, kterou má zvolit), (4) pro úspěšnost dotazníkového šetření je nezbytná ochota respondentů spolupracovat (zvýšení přiměřenou motivací či stručným vysvětlením smyslu prováděného dotazníku), (5) musí obsahovat jasné pokyny pro vyplňování, (6) při konstrukci dotazníku dbáme na snadné třídění a zpracovávání dat ze získaných informací, (7) dbáme na určité řazení položek v dotazníku – nejdůležitější položky ve střední části dotazníku.

Dotazníkové šetření pro tuto práci bylo provedeno v rámci Základní školy Český Dub, která se nachází v oblasti severních Čech. Šetření proběhlo v průběhu měsíce února 2016. Skupinou oslovených respondentů byli žáci 7. a 9. tříd zmíněné základní školy, a to prostřednictvím svého třídního učitele (zadavatel). Čas vymezený na vyplnění dotazníků byl 20-25 minut (zadavatelé jej však přizpůsobili potřebám

respondentů – pomalejším žákům). Dotazníky jsou zcela anonymní a byly použity pouze pro účely výzkumného šetření – údaje nebyly použity k žádným jiným účelům ani sdělovány jiným osobám.

Dotazníky byly zaměřeny na problematiku sociálně patologických jevů žáků na druhém stupni základní školy. Každý dotazník užívá především uzavřených¹⁷ a polouzavřených¹⁸ otázek s cílem odhalit nejčastější sociálně patologické jevy na druhém stupni základní školy. Dotazník také obsahuje škálovací (škálovou) otázku¹⁹ – tzv. „*numerické posuzování škály*“ (využívá známkové hodnocení jako ve škole od 1 do 5) (Bartošová a Skutil in Skutil, 2011). Dotazník je dostupný z přílohy č. 2.

7.1 Cíle dotazníkového šetření

Obecným cílem dotazníkového šetření je zjistit nejčastější sociálně patologické jevy, které se vyskytují u žáků druhého stupně zkoumané základní školy. Dílčí cíle jsou rozděleny do několika okruhů: (a) domácí prostředí a rodinné zázemí žáků, (b) prostředí ZŠ – škola jako bezpečný prostor, (c) vlastní výskyt konkrétních sociálně patologických jevů na ZŠ. Bod (a) zahrnuje tyto otázky: „*Kolik procent žáků vyrůstá v prostředí vesnice, města?; Kolik procent žáků vyrůstá neúplné rodině?; Vliv úplnosti rodiny a vztahu s rodiči vzhledem k sociálně patologickým jevům?*“. Bod (b) zahrnuje tyto otázky: „*Jak bezpečně se cítí žáci ve své škole, třídě – v procentech?; Jaká je informovanost žáků ohledně sociálně patologických jevů na škole (kolik procent není s informacemi spokojeno – jaké programy dle žáků chybí), Kým jsou nejčastěji informace předávány? Jaká třída je nejlépe informována – jde o třídu, kde je tř. uč. školní metodik prevence? ; Kolik procent zkoumaných žáků by dokázalo v situacích ohrožení či propuknutí sociálně patologického jevu jednat – pomoc druhému, druhým? Na koho by se obrátili?*“. Bod (c) zahrnuje tyto otázky: „*Jaké sociálně patologické jevy se dle žáků na ZŠ nejvíce objevují?; Se kterými sociálně patologickými jevy se žáci na své ZŠ již setkali?; Které sociálně patologické jevy jsou na škole nejčastější?; Kolik procent zkoumaných žáků se setkalo se zjištěnými nejčastějšími jevy na škole?; V čem sami žáci spatřují, v rámci sociálně patologických jevů, největší problém své školy?*“.

¹⁷ Respondent si musí vybrat z nabízených variant (Bartošová a Skutil in Skutil, 2011).

¹⁸ Respondent si musí vybrat ze stanovených variant (viz uzavřené otázky), ale umožňuje následné dovysvětlení volby respondenta (Bartošová a Skutil in Skutil, 2011).

¹⁹ „*Škálující otázky zjišťují míru vlastnosti jevu nebo jeho intenzitu*“ (Bartošová a Skutil in Skutil, 2011, s. 84).

7.2 Výsledky dotazníkového šetření

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 75 žáků ZŠ Český Dub (38 žáků 7. tříd, 37 žáků 9. tříd). Důležité je, že v jedné z hodnocených tříd je, shodou okolností, třídním učitelem školní metodik prevence. To může ovlivnit výsledky některých hodnocených položek. Následující text vyjadřuje vlastní výsledky dotazníkového šetření.

Zkoumané třídy navštěvují ze 70 % žáci, vyrůstající v prostředí venkova – jedinci z města tvoří menšinu. V neúplné rodině žije z celkového počtu žáků zhruba 27% dětí - u 20 % jsou rodiče rozvedeni a zbylých 7 % má jen jednoho z rodičů, což v podstatě popírá veškeré současné statistiky. V současné době převládá tvrzení, že je každé druhé manželství rozvedené. Toto tvrdí i školní metodik prevence základní školy Český Dub: „*Každý druhý žák na naší škole má rozvedené rodiče.*” Přesto, že 20 % rozvedených rodin není málo, zdaleka se neblíží polovině. Většina žáků hodnotí svůj vztah s rodiči jako uspokojující až nadprůměrný. Pouhé 1% dětí uvedlo, že si se svými rodiči vůbec nerozumí - jde o děti z úplných rodin. Přibližně 90 % žáků má alespoň jednoho sourozence. Neprokázalo se, že by měla neúplnost rodiny vliv na setkání dětí se sociálně patologickými jevy.

Prostředí školy i třídy pojímá jako bezpečné přibližně 64 % žáků - 8 % dětí vnímá školu a třídu velmi negativně – necítí se ve školním prostředí vůbec dobře a chodí do školy s odporem. Druhou třídou, kde se cítí žáci nejlépe a nejbezpečněji je třída, kde je třídním učitelem školní metodik prevence. Dle šetření jde také o třídu, kde jsou žáci o problematice sociálně patologických jevů nejlépe informováni (jediná třída, která udává 100% informovanost). Nejvíce vážne informovanost v 9. třídách – 21 % žáků z 9. tříd považuje informovanost za nedostačující, nedokázali však napsat, v čem považují informovanost za nedostatečnou. Obecně jsou žáci o problematice sociálně patologických jevů nejčastěji informováni samotnými pedagogy v rámci výuky, což je doplněno o různé preventivní programy. 24 % žáků by však uvítalo větší aktivitu ze strany školy – více programů, besed, atd. Co se týče pomoci druhým, jsou žáci v rámci školy poměrně solidární. Téměř 65 % by se snažilo svému kamarádovi pomoci a to většinou prostřednictvím empatického rozhovoru a následného sdělení problému někomu dospělému – nejčastěji třídnímu učiteli či řediteli ZŠ. Ostatní se buď nechtějí do problému zaplétat, nebo nevědí, jak se v problémové situaci zachovat.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že každý dotazovaný žák se již na škole setkal s nějakým sociálně patologickým jevem. Celkově žáci uvedli všechny zmiňované jevy, které jsou uvedeny v dotazníku (otázka č. 14). Nyní jsou uvedeny dle závažnosti výskytu na dané škole (nejčastější setkání žáků s jevem dle výsledku dotazníků): (1) krádeže, (2) agrese, (3) tabák, (4) šikana, (5) sebepoškozování, (6) kyberšikana, (7) alkohol, (8) marihuana, (9) poruchy příjmu potravy. Mezi nejčastější sociálně patologické jevy na druhém stupni základní školy tedy patří krádeže, agrese, tabák a šikana. V těchto čtyřech nejčastějších sociálně patologických jevech žáci také spatřují největší problém své ZŠ. S krádeží se setkala více než polovina žáků – 56 %, agresi uvedlo 49 %, tabák 44 % a šikanu 37 % žáků. Poměrně vysoké procento má i sebepoškozování – 28 % žáků. Naopak s poruchami příjmu potravy se setkal jen jeden žák. Droga, která se objevuje mezi žáky druhého stupně základní školy, je mimo tabák a alkohol i marihuana. Setkalo se s ní 8% žáků a to především ze 7. tříd. Alkohol již vyzkoušelo 15 % jedinců. Procentuální rozdělení sociálně patologických jevů na šetřené základní škole znázorňuje graf v příloze č. 3. Poněkud zapeklitější byla otázka č. 15, na kterou odpovědělo pouze 48 % žáků (někteří z nich jen částečně). Otázku vyplnili jen ti, kteří se stali obětí sociálně patologického jevu či ti, kteří se chtěli „pobavit“. Ostatní se zřejmě báli položku vyplňovat – otázka zaměřena na zjištění konkrétnějších údajů zaměřených na sociálně patologické jevy, týkajících se přímo jich.

Dotazníkové šetření prokázalo, při řešení problémových situací, lepší zdatnost třídy, která má školního metodika prevence jako třídního učitele - je zřejmý častější kontakt žáků s metodikem prevence oproti ostatním třídám a tedy větší rozsah působení prevence. Dotazník byl v této třídě také nejpečlivěji vyplněný – přiměřená motivace a rozhovor s dětmi před vyplňováním dotazníku. Možná by bylo přínosné rozšířit prevenci v tomto rozsahu i do ostatních tříd - například větším počtem pracovníků prevence na škole či terénním sociálním pracovníkem na škole (kontakt s dětmi během přestávek). Celkově ze šetření vyplývá, že žáci jsou se svými učiteli spokojeni a ve většině případů jim důvěřují.

Pro další dotazníkové šetření by bylo přínosné provést tzv. předvýzkum, pro případnou úpravu a dotvoření otázek. Přesto, že byla problematika sociálně patologických jevů v úvodu dotazníku vysvětlena, dotazník byl pro danou věkovou skupinu poněkud složitý. Lépe by se daly také propracovat některé otázky – například otázka č. 15 je ne příliš dobře zformulována (málo žáků otázku zodpovědělo).

8. PŘÍPADOVÁ STUDIE

Pro případovou studii (kazuistiku) jsem mohla čerpat z mnoha případů týkajících se sociálně patologických jevů na ZŠ. Nejčastěji se záznamy školního metodika prevence týkaly krádeží, sebepoškozování, klasické šikany či různých druhů agrese. Mě však nejvíce zaujal případ, který je svými projevy na rozhraní mezi agresí a šikanou a je z mého pohledu velmi zajímavý.

Uvedené informace byly získány na základě částečně strukturovaného rozhovoru se školním metodikem prevence a zároveň s třídní učitelkou problémového žáka. Některé informace tak nebylo možné získat v plném rozsahu, jako by to bylo možné například při rozhovoru s rodiči žáka. Rozhovor byl proveden se souhlasem ředitele základní školy. Pro zachování anonymity jsou některé z uvedených údajů změněny (např. jméno problémového žáka či dalších aktérů).

Uvedení případu

Jak jsem již zmínila výše, jedná se o sociálně patologický jev, který není přímo vyhraněný - je na pomezí šikany a agrese. Školní metodik prevence případ nazývá jako „*Případ odmítnutého dítěte*”.

Hlavní aktérem případu je třináctiletý chlapec (pojmenován Pavel), navštěvující 7. třídu základní školy. Pavel má diagnostikovanou dyslalii multiplex, což je těžká vada řeči, při které je ve výslovnosti postižen větší počet hlásek (řeč je však stále srozumitelná) a těžkou formu ADHD (Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou).

Rodinná anamnéza

Pavel pochází z úplné rodiny a má jednoho sourozence – o rok mladší sestru (12 let, navštěvuje stejnou základní školu). Se sestrou často dobře nevychází, nechová se k ní hezky. Rodiče říkají, že je sestra velmi tolerantní a hodně mu odpustí. Otec pracuje jako systémový inženýr, matka jako kuchařka. Přístup otce k Pavlovi není ničím zvlášť výjimečný. Matka je však velmi pečující a má k Pavlovi ochranný až úzkostný přístup - označuje ho jako „chudáčka”, s čímž se Pavel poměrně rychle ztotožnil. Potom, co rodiče zjistili Pavlovu diagnózu, začali Pavla částečně upřednostňovat, což se projevuje ve všech oblastech jeho života. Materiální zabezpečení rodiny je průměrné – Pavel má vše co potřebuje.

Osobní a zdravotní anamnéza

Pavel se narodil v roce 2002. Problémy ve formě náhlých změn nálad a agrese měl již na prvním stupni základní školy a stále se stupňovaly. Kromě ADHD a dyslalie multiplex Pavel trpěl častými představami („brouci mu požírali ruce“, v noci se často budil, atd.) – zřejmě se jedná o „halucinace“, na jejichž základě se dostal do psychiatrické péče a byla mu předepsána medikace, která měla bludy a agresi ztlumit - na dětskou psychiatrii dochází doposud. V současné době je však medikace snížena a v nejbližší době má být vysazena úplně. Dle školního metodika prevence je snížení medikace v projevech chování Pavla znatelné již nyní → zvýšení agrese vůči ostatním (negativní dopad).

Sociální anamnéza

Ze sociálního hlediska je Pavel velmi nezdatný. Má velkou touhu navazovat kontakty, bavit se s ostatními a mít dobrou, uspokojující, pozici v kolektivu, ale svým přístupem a chováním ostatní spíše odrazuje a vytváří si vůči sobě kruh nepřátel. Nechápe, proč se s ním ostatní nechtějí bavit. V jeho chování se projevují velké výkyvy nálad, které jsou momentálně zmírněny medikací. Své chování a emoce není schopen korigovat a nikdy není schopen přijmout svou vinu, což se projevuje nejen ve školním kolektivu, ale i v rodinném prostředí - vinu za určitou problémovou situaci vždy svádí na někoho jiného (spolužáka, sestru, učitele). Sám sebe považuje za „chudáka“. Co se týče trávení volného času, navštěvoval Pavel různé zájmové kroužky, ale nikdy u nich dlouho nevydržel – rychle to vzdal. Momentálně navštěvuje kroužek sebeobrany. Mimo školu tráví hodně času se svým dědečkem, ke kterému má velmi dobrý vztah (dědeček má na Pavla pozitivní vliv).

Školní anamnéza

Pavel absolvuje výuku v plném rozsahu, formou individuálního studijního plánu. Finální klasifikace je číselná (klasické známky) a dvakrát ročně je na vysvědčení doporučena klasifikace slovní. Dle školního metodika prevence se školní úspěšnost žáka s přibývajícými předměty zhoršuje a to i přesto, že je domácí příprava velmi precizní a vzorná (na prvním stupni měl vyznamenání, v 1.pol.6.tř. jednu trojku, na konci 6.tř. tři trojky a v 1.pol.7.tř. jednu čtyřku a šest trojek). Vztah Pavla ke škole a vzdělání je kladný – jde mu spíše o známky (chce mít vynikající výsledky). Do školy dochází pravidelně, rodiče Pavla v rámci školy spolupracují a pravidelně dochází na třídní schůzky.

Pavel byl dlouhou dobu třídním kolektivem odmítán. Mezi třídou a Pavlem byla vzájemná provokace, která částečně přetrvává doposud (již není v takovém rozsahu). Nyní se však začíná začleňovat do kolektivu. Třída i on se učí vzájemné toleranci - především třída se ho již naučila tolerovat, respektovat a chápat jeho odlišnost. Vztah k autoritám Pavel příliš vybudovaný nemá, ale stále je v „mezích normy“. Vždy nejprve vyzkouší, kam až může zajít, nakonec ale ustoupí a poslechne.

Potíže žáka, vlastní průběh případu

Během Pavlovy docházky na základní školu dohází k situacím, které se stále a velmi často opakují, přestože v posledním období již v o něco menší míře. Pavel svým spolužákům ve snaze navázat kontakt vulgárně nadává, shazuje jim věci z lavic a vyhledává jiné způsoby, jak na sebe upoutat pozornost – stává se tak „terčem“ celé třídy, která se k němu chová odmítavě (nikdo se s ním nekamarádí, nebaví se s ním). Velmi snadno se nechá rozčílit maličkostmi - stavy rozčílení u něj vedou až k afektu, kdy se nedokáže ovládat.

Příkladem je poměrně aktuální situace, která se stala dva dny před mou návštěvou školního metodika prevence. Během vyučovací hodiny ho spolužák (nazveme ho Pepa) ze zadní lavice pošťuchoval a provokoval. Pavel provokaci oplácel a začal paní učitelce „žalovat“, ta mu řekla, ať si spolužáka nevšímá, že mu poté uloží trest. Pavel se však s touto odpovědí nespokojil a pokračoval dál, komunikaci stupňoval hrubými nadávkami atd. Nakonec zadala paní učitelka v důsledku Pavlových připomínek tříde „desetiminutovku“. Pavel věděl, že dostane za desetiminutovku špatnou známku a zatím co ostatní se se situací rychle smířili, Pavel začal svalovat vinu na ostatní (učitele, spolužáky). Nejprve se rozčiloval, poté nadával a ostatní vulgárně osočoval. Ke konci hodiny to vypadalo, že je vše v pořádku, ale opak byl pravdou. V Pavlovi se nahromadil ve vysoké míře vztek za situaci, která se během hodiny odehrála. Využil situace, kdy šel Pepa okolo jeho lavice a v nezvladatelném záchvatu vzteku – afektu se na něj vrhl. Naštěstí byla pedagožka ve vedlejším kabinetu a včasné zasáhla. Dle jejích slov: *„Kdybych v tu chvíli nebyla na místě, nechci si ani představit, co by mu udělal. On by ho snad zabil“*. Pavel se dostal do naprostého afektu. Pedagožkou byl odveden do ústraní (kabinetu), kde spolu situaci rozebrali – nebyl schopen uznat svou chybu. Nejprve nadával, poté se celý třásl a rozbrečel se, nakonec však svou vinu uznal. Rvačky jsou ve třídě z Pavlova popudu velmi časté. Konflikty se přenášely i úroveň rodičovskou – zaznamenány byly ostřejší konflikty mezi rodiči Pavla a rodiči ostatních dětí na třídních schůzkách.

Návrh případné intervence

Ve třídě pracuje školní metodik prevence v rámci třídnických hodin, které jsou poměrně časté – komunitní kruh. Do třídy také dochází etoped a speciální pedagog (posílení pozitivní atmosféry ve třídě, realizace intervenčních programů dle potřeby, mediace mezi žákem a učitelem, spolupracuje a poskytuje poradenství pedagogům) a 2x ročně jsou ve třídě pořádány preventivní programy různými organizacemi z Libereckého kraje. Podstatný je pravidelný dohled nad chlapcem. Jednou týdně také chlapec dochází na pedagogickou terapii, týkající se českého jazyka (reedukace).

Metodik prevence je v kontaktu s dětskou psychiatrickou klinikou – konzultace při krizových situacích a případná úprava medikace. Je také v pravidelném kontaktu s rodiči – osobním i telefonickým (Pavel si velmi vymýšlí, realitu si upravuje ke svému prospěchu a maminka ho lituje). Rodiče byli zprvu nedůvěřiví, byla jim tedy nabídnuta možnost utajeného náslechu během hodiny - rodiče však možnost nevyužili (nyní již vědí, jaká je realita a pedagožce důvěřují).

Obecně napomáhá zmírnění problémů harmonizační kurz (kurz je pořádán pro 6. ročníky – jedná se o práci s psychologem na vztazích ve třídě za účasti metodika prevence, etopeda a třídního učitele), jehož cílem je předcházení problémům.

Prognostická úvaha

Stav Pavla se stále zlepšuje, ale problémy budou pravděpodobně nadále přetrvávat. Ve své současné třídě se již Pavel naučil v rámci možností fungovat a jeho třída ho začala přijímat takového, jaký je. Problém by ale nastal, kdyby byl přeřazen do jiné třídy a pravděpodobně nastane, až bude přeřazen do nového kolektivu (přestup na střední školu) - může se stát novou obětí šikany. Je otázkou, zda bude nový kolektiv natolik tolerantní, aby dokázal pochopit jeho odlišnost a naučil se k němu s pochopením a respektem přistupovat.

Shrnutí případové studie

Z kazuistiky vyplývá, že se škola na případu maximálně podílí – snaha o zlepšení situace v co největší míře. Na případu se však velmi nedostatečně podílí Pavlova rodina. Rodiče problém v podstatě neřeší a stále Pavla ve všem omlouvají. Rodiče evidentně zanedbali Pavlův handicap (vadu řeči – reedukace probíhá až v poslední době) a podceňují

i jeho chování (kromě psychiatrické péče žádné další kroky pro zlepšení situace neuskutečnili).

Dyslalie multiplex je vada, kterou lze odstranit, proto by měla být logopedická péče kvalitní a dlouhodobá. Bylo by také vhodné, aby škola dala rodičům podnět pro další kroky, které by napomohly k řešení situace. Jedná se zejména o rodinnou terapii (podpora a pomoc rodině Pavla) a individuální terapii (podpora změny Pavlova chování). Škola by mohla být v tomto směru poněkud aktivnější a možnosti dalšího řešení situace rodičům sama nabídnout.

9. SHRNU TÍ

Dotazníkové šetření potvrdilo, že sociálně patologické jevy se na dané škole objevují ve zvýšené míře. Prokázalo také nejčastější sociálně patologické jevy na konkrétní základní škole (ZŠ Český Dub). Jak jsem již zmínila v kapitole 7 (podkapitola 7.2), jednalo se o tyto jevy: krádeže, agrese, tabák a šikana.

V návaznosti na dotazníkové šetření byla zpracována případová studie zabývající se konkrétním případem týkajícím se daného sociálně patologického jevu. Případová studie se zaměřila na dva z nejčastějších sociálně patologických jevů na dané škole, tedy agresi a šikana, které se současně projevují u konkrétního jedince. Studie poukázala na zanedbání péče o daného jedince a nedostatečnou iniciativu ze strany rodičů v řešení problémových situací. Škola podnikla pro zlepšení situace mnoho podnětných kroků, přesto by však mohla rodině pomoci v ještě větším rozsahu - podnět pro další kroky v zlepšení případu jedince. Závěr případové studie, kde jsou uvedeny konkrétní kroky k řešení problému, tedy může dát škole podnět pro další možná řešení problémové situace.

Dotazníkové šetření i případová studie splnily, v rámci možností, svůj účel a byly, dle mého názoru, efektivně využity pro potřeby dané bakalářské práce.

Pro danou situaci, není možné získané výsledky z dotazníkového šetření jakkoli zobecnit - sociálně patologické jevy byly šetřeny pouze na jedné základní škole. Pokud bychom chtěli zjistit jejich obecnou platnost, museli bychom provést dotazníkové šetření na dalších základních školách (možnost srovnání výsledků jednotlivých škol).

10. DISKUSE

Praktická část bakalářské práce potvrdila, že většina žáků má se svými rodiči vřelý a vzájemně akceptující vztah a vyvrátila tak, že by děti z rozvrácených rodin byly více náchylné k sociálně patologickým jevům. Možná je důležité, že mají i děti z rozvedených rodin se svými rodiči pozitivní vztah - sníží se tak možnost výskytu sociálně patologických jevů.

V rámci dotazníkového šetření žáci označili všechny sociálně patologické jevy zmíněné v teoretické části bakalářské práce. Šlo o jevy, se kterými se na dané škole již někdy setkali či momentálně setkávají. Dle závažnosti výskytu na základní škole byly seřazeny v tomto pořadí: krádeže, agrese, tabák, šikana, sebepoškozování, kyberšikana, alkohol, jako jiné drogy žáci označili marihuanu a v neposlední řadě se našel i jedinec, který se setkal s poruchami příjmu potravy. Kriminalita – přesněji krádeže, jsou velmi častou poruchou chování, což naše dotazníkové šetření nevyvratitelně potvrdilo. S krádeží se na základní škole setkala více, než polovina žáků. Potvrdilo se také, že jde spíše o majetkovou kriminalitu. Většina jedinců, kteří odpověděli na otázku č. 15, sdělili do dotazníku problém týkající se krádeže telefonu či nějaké finanční částky ze své nedostatečně hlídané peněženky. Lze tedy souhlasit i s tvrzením, že rizikový věk pro kriminální dráhu mladého delikventa je 12-15let (krádeže se v tomto věku opravdu vyskytují v poměrně vysokém počtu). Co se týče procentuálního srovnání, šikana se v obou částech práce téměř shoduje. Dle aktuálních výzkumů se setká se šikanou na základních školách přibližně 41 % dětí, na dané škole se její výskyt projevuje ve 37 %. Alkohol či marihuana se na konkrétní základní škole vyskytují v mnohem menším množství. Alkohol vyzkoušelo pouhých 22 % žáků devátých tříd. Průměr byl však počítán u žáků ve věku 14-15 let, což je zřejmě důvodem nižšího počtu procent. Evropská studie udává, že alkohol ochutná ve věku 15-16 let 90% žáků, s čímž souhlasím i já, přesto, že to dotazníkové šetření na škole nepotvrdilo. Jednak šlo o nižší věkovou hranici a ne každý žák pojímal, dle mého názoru, pouhou ochutnávku alkoholu jako sociálně patologický jev. Naopak nikotin v podobě cigaret převyšuje studii ESPAD o 18 % (studie ESPAD – 26 %; ZŠ Český Dub – 44 %).

Vlastní prevenci sociálně patologických jevů na školách považuje Jedlička za podceňovanou, což ale v tomto případě nelze říci. Prevence na základní škole není podceňována, ale je nedostatečná z důvodu nedostatku finančních prostředků. Ve třídě,

ve které je třídním učitelem školní metodik prevence, je znatelný dopad soustavnějšího preventivního působení. Žáci se dokáží v problémových situacích lépe orientovat a efektivněji napomáhat jejich řešení. Je tedy možné, že při zvýšení preventivních opatření ve všech třídách, může dojít ke snížení výskytu sociálně patologických jevů. Je jisté, že oblast preventivního působení musí být na základní škole posílena. Není to však možné bez dostatečného množství finančních prostředků.

ZÁVĚR

Sociálně patologické jevy jsou záležitostí každé třídy i věkové skupiny. Ztotožnění jedince s nimi však nezávisí jen na rodině a vrstevnících, ale i na přístupu školy a samotných pedagogů k prevenci a řešení problémů spojených se sociálně patologickými jevy.

Dotazníkové šetření prokázalo, že problémy spojené se sociálně patologickými jevy na dané škole nejsou vyloženě alarmující. I přesto by však měla být oblast prevence na škole posílena. Jedná se totiž o nemalé množství sociálně patologických jevů. Tato skutečnost potvrzuje správnost výběru základní školy pro tuto bakalářskou práci, neboť se na vybrané základní škole potvrdil zvýšený výskyt sociálně patologických jevů.

Problémem dnešního školství je jeho financování, což se obecně odráží i na aktivitách působících v oblasti prevence. Školy nemají dostatečné finance pro pořádání preventivních programů, besed a jiných aktivit pro své žáky v takové míře, jaká by byla potřeba (přesto, že je nabídka služeb poměrně široká). Vycházím z rozhovoru se školním metodikem prevence (ZŠ Český Dub): „*Rádi bychom pořádali pro děti v rámci prevence více aktivit, než jen dvakrát ročně, ale finance nám to bohužel neumožňují*“. Od financování této oblasti se částečně odráží celá prevence i nárůst sociálně patologických jevů ve školním prostředí. Bez dostatečného množství financí nemůže být úroveň prevence navyšována. V tom případě je tedy nereálná i, dle mého názoru velmi podnětná, myšlenka terénních sociálních pracovníků na školách, kteří by na žáky působili například v průběhu přestávek – bez financí není možno přijmout tyto pracovníky.

Navýšeno by mělo být alespoň vzdělávání učitelů v oblasti prevence a zásahu proti sociálně patologickým jevům. Měli by být ve větší míře školeni pro situace spojené se sociálně patologickými jevy, aby mohli na děti působit alespoň na úrovni školního metodika prevence. Se situací na školách souvisí také spolupráce s OSPOD. Bylo by dobré zlepšení spolupráce a především komunikace mezi pracovníky OSPODu a školními metodiky prevence (lepší provázanost služeb). Pedagogové často nevědí, že se v rámci sociálně patologických jevů mohou na OSPOD obrátit. Každá škola by také měla mít zpracovaný přehled (plán) primární prevence, dle kterého by se měla řídit a tzv. školní krizový plán (cílem je eliminovat a minimalizovat škody za předpokladu, že ve školním prostředí dojde k projevům rizikového chování). Školní krizový plán popisuje, jak se mají pedagogičtí pracovníci v nastalých situacích řídit. Škola, u které bylo provedeno šetření,

tento krizový plán nevlastní, což se může odrážet na řešení jednotlivých krizových situací. Je však otázkou zda učitelé na škole, která vlastní tento školní krizový plán, vůbec vědí, jak s plánem nakládat, jak ho správně používat. Lze tedy říci, že učitelé řeší krizové situace spíše intuitivně, dle vlastní úvahy.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že největším problémem ZŠ jsou krádeže, agrese, tabák a šikana, nemůžeme však říci, že tvrzení platí o všech školách. Sociálně patologické jevy byly, v rámci této bakalářské práce, zkoumány pouze na jedné základní škole. Z tohoto důvodu nejsou výsledky zobecnitelné, což však může být naopak podnětem pro další zkoumání.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Prameny:

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.

SOBOTKOVÁ, Veronika a . *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4042-3.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.

Sekundární literatura:

ČERNÁ, Alena. *Kyberšikana: průvodce novým fenoménem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 150 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-6374-7.

FIRSTOVÁ, Jana. *Kriminalita mládeže v sociálních souvislostech*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2014, 215 s. ISBN 978-80-7380-521-0.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JEDLIČKA, Richard. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha: Themis, 2004, 478 s. ISBN 80-7312-038-0.

JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Vydání 1. Praha: Grada, 2015, 544 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.

JIHLAVEC, Jan. *Metodika tvorby odborných prací*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, 44 s. ISBN 978-80-7372-630-0.

KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014, 343 s. ISBN 978-80-7387-793-4.

- KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
- KOLÁŘ, Michal. *Nová cesta k léčbě šikany*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-871-5.
- KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 174 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2333-4.
- LACHYTOVÁ, Lenka. *Sociálna patológia*. Prešov: Vysoká škola medzinárodného podnikania, ISM Slovakia v Prešove, 2011. ISBN 978-80-89372-33-1
- MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2015, 190 stran. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5309-6.
- MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 336 s. ISBN 978-80-7367-825-8.
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011, 173 s. ISBN 978-80-7367-908-8.
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘÍČAN, Pavel a Pavlína JANOŠOVÁ. *Jak na šikanu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 155 s. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2991-6.
- ŠEJVL, Jaroslav a Lenka REICHELOVÁ. *Testování dětí a mladistvých ve školách a školských zařízeních při podezření z užití návykové látky: manuál vhodného postupu*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013, 87 s. ISBN 978-80-7478-024-0.
- SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

ŠEVČÍKOVÁ, Anna. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu : závislost na internetu, navazování kontaktů online, soukromí na sociálních sítích, online komunity*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 183 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5010-1

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.

Slovníky a encyklopedie:

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

Legislativní dokumenty:

ČESKO, Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže (Dokument MSMT č.j.:21291/2010-28), 2010. Dostupné také z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny?highlightWords=Metodick%C3%A9+doporu%C4%8Den%C3%AD+prim%C3%A1rn%C3%AD+prevenci+rizikov%C3%A9ho+chov%C3%A1n%C3%AD+d%C4%9Bt%C3%AD+ml%C3%A1de%C5%BEe+Dokument+MSMT+%C4%8D.j.%3A21291%2F2010>

ČESKO, Vyhláška č. 72/2005 Sb. ze dne 9. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, In: *Sbírka zákonů*, 2005, částka 20, s. 490-502. Dostupná také z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1?highlightWords=Vyhl%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.+72%2F2005+Sb.>

ČESKO, Zákon č. 82/2015 Sb. ze dne 19. března 2015, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů*. 2015, částka 37, s.1384-1398. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=82/2015&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

ČESKO, Vyhláška č. 116/2011 Sb. ze dne 15. dubna 2011, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů*. 2011, částka 43, s.1106-1108. Dostupná také z:

<http://www.msmt.cz/dokumenty/vvyhlaska-c-116-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c-72-2005-sb?highlightWords=Vyh1%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.+72%2F2005+Sb.>

ČESKO, Vyhláška o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí ze dne 17. prosince 2012. 2012. Dostupná také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14306/vyhlasaka_ZSPOD.pdf

ČESKO, Zákon č.108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. 2006. Dostupný také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonStruct.jsp?idBiblio=62334&recShow=84&unpackedPath=0&nr=108~2F2006&rpp=15#parCnt>

ČESKO, Zákon, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb. ze dne 5. září 2012 o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: *Sbírka předpisů České republiky*. 2012, částka 147, s. 5090-5139. Dostupný také z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14305/novela.pdf>

ČESKO, Zákon č. 561/2004Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů*. 2004, částka 190, s. 10262-10325. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/Predpisy1/sb190-04.pdf>

ČESKO, Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 82/2015 Sb. s vyznačením změn. Dostupný z: http://www.nuv.cz/uploads/NZZ2/_WEB/Skolsky_zakon_se_zmenami_2015.pdf

ČESKO, Zákon č. 563/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. In: *ASPI* [právní informační systém], 2004. Dostupný také z: <http://www.msmt.cz/file/34521?highlightWords=Z%C3%A1kon+%C4%8D.+563%2F2004+Sb.%2C+pedagogick%C3%BDch+pracovn%C3%ADc%C3%ADch+zm%C4%9Bn%C4%9B+n%C4%9Bkter%C3%BDch+z%C3%A1kon%C5%AF>

Elektronické zdroje

BALÁŽ, Roman. Při nepochopení může být sociální pracovník pro školu velmi nebezpečný cizinec. *Sociální práce/Sociální práce* [online]. 2013, 13(2), 20-22 [cit. 2016-02-10]. ISSN 1213-6204. Dostupné také z: http://www.socialniprace.cz/soubory/cas_vol13_iss2-150407093458.pdf#sthash.2bFhrVeW.dpuf

BAUER, Dr. Stephanie. *ProYouth* [online]. Heidelberg: Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, 2013 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z: <https://www.proyouth.eu/>

Hrozili jí pěstí, zamkli ve třídě. Šikanovaná učitelka zemřela. *Echo24.cz* [online]. Praha [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://echo24.cz/a/izk3v/hrozili-ji-pesti-zamkli-ve-tride-sikanovana-ucitelka-zemrela>

Klasifikace poruch chování [online], In: ZS Odry Pohořská, [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: http://www.zsodrypohorska.cz/poruchy_chovani.pdf

KULHÁNEK, Jan. *Idealni.cz* [online]. Praha: PSYCHOTERAPIE ANDĚL PRAHA, ©Copyright2015, 2015 [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz/>

Legislativa a systém sociálně-právní ochrany, *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2013 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14304>

MATAJ, Jiří. Terénní sociální práce na základní škole. *Neposeda* [online]. In: Neposeda. Praha, 2015 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://neposeda.org/prestavka/>

Mgr.Petr Šolc. *ZŠ LESNÍ LIBEREC* [online]. Liberec, 2013 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://www.zslesni.cz/nasi-zamestnanci/petr.solc.html>

Miš ... minimalizace šikany [online]. Kladno, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: <http://www.minimalizacesikany.cz/>

Národní centrum bezpečnějšího internetu. *Saferinternet.cz* [online]. In: Saferinternet.cz, 2013 [cit. 2015-11-16]. Dostupné z: <http://www.saferinternet.cz/http://www.saferinternet.cz/>

Pojem sociálně patologické jevy. *SCS.ABZ.CZ: SLOVNÍK CIZÍCH SLOV* [online]. 2016 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>

Portál prevence rizikového chování: Centrum sociálních služeb Praha – Pražské centrum primární prevence [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.prevence-praha.cz/>

Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2006 [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=7A05BA6151936ADD32E7E7D52A152616.node1?SUBSESSION_ID=1459353097764_1

Sociálně patologické jevy ohrožující děti a mládež [online]. In: WikiSkrita. 2015 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/Soci%C3%A1ln%C4%B_patologick%C3%A9_jevy_ohro%C5%BEuj%C3%ADc%C3%AD_d%C4%9Bti_a_ml%C3%A1de%C5%BE

VAVRINČÍKOVÁ, Lenka. *HARM REDUCTION A ALKOHOL* [online]. Praha: TOGGA, 2012 [cit. 2016-01-07]. ISBN 978-80-7476-099-9. Dostupné z: <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/19/3946/Harm-reduction-a-alkohol>

VAVRINČÍKOVÁ, Lenka. *HARM REDUCTION A UŽÍVÁNÍ TABÁKU* [online]. Praha: TOGGA, 2012 [cit. 2016-01-07]. ISBN 978-80-7476-099-9. Dostupné z: <http://adiktologie.cz/cz/articles/detail/19/3947/Harm-reduction-a-uzivani-tabaku>

ŽÁKOVÁ, Kristina. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [online], In: docplayer.cz, [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/36647-Metodicky-pokyn-ministra-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-k-prevenci-a-reseni-sikanovani-mezi-zaky-skol-a-skolskych-zarizeni.html>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 (Registr poskytovatelů sociálních služeb, dostupné z: <http://www.mpsv.cz>)

ORGANIZACE POSKYTUJÍCÍ PROGRAMY PREVENCE A INTERVENCE

Cesta z krize, z. ú. – Linka ztracené dítě (telefonická krizová pomoc, terénní služby)

- služba poskytována osobám od 6 let a věkové skupině nad 27, pokud se problematika hovoru týká osoby mladší 26 let (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy; imigranti a azylanti; oběti obchodu s lidmi; oběti trestné činnosti; osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče; osoby komerčně zneužívané; etnické menšiny)

- kontakty: telefon – 116000
e-mail – 116000linkaztracenadite.cz
web - www.linkaztracenedite.cz

MAJÁK o.p.s. – NZDM Zapes, Liberec (terénní a ambulantní služby)

- služba poskytována dětem, dorostu a mladým dospělým ve věku 10 až 26 let (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy; osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách; osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách; osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy)

- kontakty: telefon - 484 847 752
e-mail - vagon@majakops.cz
web - www.majakops.cz

NADĚJE – Středisko Naděje Liberec, Liberec (terénní a ambulantní služby)

- služba poskytována všem věkovým skupinám klientů (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy; osoby v krizi; osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách; osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy; rodiny s dítětem/děťmi; etnické menšiny)

- kontakty: web - www.nadeje.cz

Dětské krizové centrum, z.ú. - Dětské krizové centrum, Praha (terénní a ambulantní služby)

- služba poskytována klientům ve věku 1-64let (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy; oběti domácího násilí; oběti trestné činnosti; osoby v krizi; osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy; rodiny s dítětem/děti)

- kontakty: telefon - 241 480 511
e-mail - duskova@ditekrize.cz
web - <http://www.ditekrize.cz>

Člověk v tísní, o.p.s. – Člověk v tísní, o.p.s., Liberec (ambulantní služby)

- služba určena klientům ve věku 12 – 20 let (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy)

- kontakty: telefon - 485 104 446
e-mail - lukas.prucha@clovekvtsni.cz
web - www.clovekvtsni.cz

Diakonie ČCE – středisko v Jablonci nad Nisou, Jablonec nad Nisou (terénní a ambulantní služby)

- služba poskytována klientům ve věku od 6 do 26 let (děti a mládež ohrožena společensky nežádoucími jevy)

- kontakty: telefon - 483 314 051
e-mail - kruhac@diakonie.cz
web - www.jablonec.diakonie.cz

ADVAITA, z. ú. - Centrum ambulantních služeb - program ambulantního poradenství a doléčovací program, Liberec (ambulantní a pobytové)

- služby poskytovány osobám od 15 let, pobytová od 18 let (osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách)

- kontakty: telefon - 482 750 607
e-mail - cas@advaitaliberec.cz
web - www.advaitaliberec.cz

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec (ambulantní služby)

- ambulantní léčba psychosomatických poruch

- kontakty: telefon - 485 151 398, 485 152 793, 731 722 000
e-mail - finkousova@sktlib.cz

Centrum Anabell, z. s. – Kontaktní centrum Anabell Praha, Praha (ambulantní)

- služba poskytována starším dětem od 12 let (osoby s chronickým duševním onemocněním)

- kontakty: telefon - 775 904 778
e-mail - praha@anabell.cz
web - www.anabell.cz

PSYCHOTERAPIE ANDĚL – Psychologické centrum, Praha (ambulantní)

- služba poskytována osobám v krizi, osobám s nezdravými stravovacími návyky, atd.

- kontakt: telefon - 608 178 543
e-mail - kontakt@psychoterapie-andel.cz
web - www.psychoterapie-andel.cz

Příloha č. 2

DOTAZNÍK

Milé zákyně, milí žáci,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se týká **problematiky sociálně patologických jevů u žáků druhého stupně ZŠ**. Sociálně patologické jevy jsou jevy, které společnost vnímá jako nežádoucí a nepřijatelné (např.: agrese, šikana, kyberšikana, poruchy příjmu potravy, sebepoškozování, krádeže, alkohol, tabák a jiné drogy, atd.). Studuji třetím rokem obor Sociální práce na Husitské teologické fakultě Karlovy university a dotazník je součástí mé bakalářské práce. Získané údaje budou považovány za **přísně důvěrné** a budou sloužit **pouze pro potřeby mé bakalářské práce**.

Prosím Vás o **pravdivé vyplnění dotazníku**.

Dotazník je **zcela anonymní** a získané údaje **nebudou sdělovány jiným osobám!**

Pokud není v zadání přímo stanoveno, u otázek s více možnostmi zaškrtni „křížkem“ vždy jen jednu odpověď.

Ukázka:		
<input checked="" type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Možná

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Pavla Kočová

1) Zakřížkuj či doplň.

Pohlaví:

- dívka
 chlapec

Věk: _____ let

Třída (ročník ZŠ): _____

2) Kde bydlíš?

- město vesnice

3) Žiješ s oběma rodiči?

- Ano Ne

4) Jsou rodiče rozvedeni?

- Ano Ne

5) Žiješ:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jen s matkou | <input type="checkbox"/> s matkou a jejím partnerem |
| <input type="checkbox"/> jen s otcem | <input type="checkbox"/> s otcem a jeho partnerkou |
| <input type="checkbox"/> s oběma rodiči ve střídavé péči | <input type="checkbox"/> s někým jiným |

6) Jaký máš s rodiči vztah?

- rozumíme si (jsou skoro jako moji kamarádi)
 ujde to (někdy si rozumíme, někdy ne)
 vůbec si nerozumíme (nedokážou mě pochopit)

7) Máš nějaké(ho) sourozence?

- staršího mladšího nemám sourozence

8) Zakroužkuj (oznámkuj), jak bezpečně se cítíš ve škole a Vaší třídě na stupnici od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší)?

a) Škola: 1 2 3 4 5 b) Třída: 1 2 3 4 5

9) Jste ve škole v souvislosti se sociálně patologickými jevy (vysvětlení viz úvod) dostatečně informováni?

- Ano Ano, ale mohlo by to být lepší Ne

10) Pokud ano, zakřížkujte způsob předávání informací (možnost více odpovědí):

- samotnými pedagogy v rámci výuky
 v rámci různých preventivních programů zaměřených na určitý sociálně patologický jev (např. šikana, drogy, rizikové sexuální chování, atd.)
 tyto informace nám zatím školou nebyly předány
 jiný způsob (uveď jaký) _____

11) Uvítal(a) bys více programů a informací týkajících se určitých sociálně patologických jevů (např. kyberšikana, rizikové sexuální chování, poruchy příjmu potravy, atd.)? Pokud ano, vypiš dole, o jaká témata by se mělo jednat?

- Ano Ne Nevím, možná
-

12) Pokud bys měl(a) zkušenost nebo věděl(a) o nějakém problému v souvislosti se sociálně patologickými jevy na škole, na koho by ses obrátil(a)? (možnost více odpovědí)

- třídního učitele metodika školní prevence rodiče
 výchovného poradce spolužáka nikoho, měl(a) bych str
 někoho jiného (uveď koho – např. organizace, ...) _____

13) Dokázal(a) bys spolužákovi pomoci? Pokud ano, jak bys mu pomohl(a)?

- Ne, nevím jak Ne, vím sice jak, ale držel(a) bych se v ústraní (nechtěl(a) bych se do toho zaplést)
 Ano (doplň jak)
-

14) Setkal(a) ses v poslední době ve vaší třídě či škole s některým(i) z uvedených sociálně patologických jevů? Pokud ano, zakřížkuj je. Ty, které se týkají přímo Tebe, navíc podtrhni.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> agrese | <input type="checkbox"/> poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) |
| <input type="checkbox"/> šikana | <input type="checkbox"/> sebepoškozování |
| <input type="checkbox"/> kyberšikana | <input type="checkbox"/> krádež |
| <input type="checkbox"/> alkohol | <input type="checkbox"/> tabák |
| <input type="checkbox"/> jiné drogy (uved' jaké) | |

15) Vyber si jeden sociálně patologický jev, který se týká přímo Tebe a odpověz na následující otázky (15.1)-(15.4).

15.1) Napiš, o jaký jev se jedná? _____

15.2) Koho se sociálně patologický jev týká? (možnost dvou odpovědí)

- mladšího spolužáka stejně starého spolužáka staršího spolužáka
 mě samotné(ho)

15.3) Napiš, co ti tato situace „přinesla“ a co „vzala“?

a) klady: _____

b) zápory: _____

15.4) Jak často k této situaci (sociálně patologickému jevu) dochází?

- několikrát denně několikrát týdně několikrát
měsíčně
 několikrát ročně jiná možnost (uved' jak často) _____

16) Napiš, ve kterém z výše uvedených sociálně patologických jevů (viz otázka č. 14) spatřuješ hlavní problém vaší školy? Který z těchto jevů se na vaší škole momentálně, dle tvého názoru, vyskytuje nejvíce? (uved' maximálně 3 odpovědi)

Příloha č. 3

VÝSKYT SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ NA 2. STUPNI ZÁKLADNÍ ŠKOLY (ZŠ ČESKÝ DUB)

