

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra celoživotního vzdělávání a podpory studia



Význam vzdělávání rodičů žáků SOŠ v oblasti rizikového chování

Bakalářská práce

Autor: **Barbora Kučerová**

Vedoucí práce: PhDr. Jitka Jirsáková, Ph.D.

2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Barbora Kučerová

Poradenství v odborném vzdělávání

Název práce

Význam vzdělávání rodičů žáků SOŠ v oblasti rizikového chování

Název anglicky

The Importance of Pupils Parents Education at Secondary Vocational Schools in the Area of Risky Behaviour

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit povědomí a ochotu dalšího vzdělávání rodičů žáků střední odborné školy v problematice rizikového chování a na základě výsledků dotazníkového šetření navrhnout možnosti zapojení rodičů do procesu prevence ve spolupráci se školou.

Metodika

Bude provedena rešerše literatury v oblasti problematiky rizikového chování žáků střední odborné školy se zaměřením na oblast šikany, drogové závislosti a poruch příjmu potravy. Na základě teoretických poznatků budou porovnány možnosti rodičů a školy při prevenci rizikového chování.

Bude provedeno kvantitativní dotazníkové šetření, kde budou zjišťovány potřeby vzdělávání rodičů v oblasti rizikového chování, také povědomí rodičů o rizikovém chování, dále i jejich ochota k dalšímu vzdělávání a preferované způsoby realizace dalšího vzdělávání v této oblasti.

Na základě výsledků dotazníkového šetření bude vytvořen návrh systému vzdělávání a spolupráce mezi školou a rodiči v oblasti prevence rizikového chování žáků.

Doporučený rozsah práce

dle pravidel pro psaní bakalářských prací

Klíčová slova

rizikové chování, šikana, kyberšikana, poruchy příjmu potravy, drogová závislost, prevence

Doporučené zdroje informací

KASÍKOVÁ, H. – VALIŠOVÁ, A. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1734-0.

MARTÍNEK, Z. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-2310-5.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-7369-8

ŘÍČAN, P. *Jak na šikanu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2991-6

SOBOTKOVÁ, V. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4042-3

Předběžný termín obhajoby

2015/16 LS – IVP

Vedoucí práce

PhDr. Jitka Jirsáková, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra celoživotního vzdělávání a podpory studia

Elektronicky schváleno dne 9. 3. 2016

Ing. Jiří Husa, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 9. 3. 2016

prof. Ing. Milan Slavík, CSc.

Ředitel

V Praze dne 28. 03. 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Význam vzdělávání rodičů žáků SOŠ v oblasti rizikového chování vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Jsem si vědoma, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím s jejím zveřejněním dle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Jsem si vědoma, že moje bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitní databázi a bude veřejně přístupná k nahlédnutí.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

.....

(podpis autora)

V dne

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Jitce Jirsákové za ochotu a trpělivost, kterou projevovala.

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem **Význam vzdělávání rodičů žáků SOŠ v oblasti rizikového chování** poukazuje na důležitost zapojit rodiče do procesu prevence jejich vlastním vzděláváním v této problematice. Teoretická část se zabývá teorií rizikového chování se zaměřením na šikana, poruchy příjmu potravy a drogovou závislost. Důležitý oddíl této části práce tvoří kapitola pojednávající o úloze rodiny a školy při prevenci rizikového chování.

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum ve formě dotazníkového šetření. Na základě analýzy a porovnání výsledků získaných tímto šetřením byla zjišťována povědomost rodičů o projevech a tématech vztahující se obecně k oblasti rizikového chování. Byla zjištěna ochota rodičů vzdělávat se v problematice rizikového chování a jejich preference ve způsobech realizace tohoto vzdělávání. Na základě zjištěného byl sestaven návrh systému spolupráce mezi školou a rodiči, který by měl přispět k zefektivnění procesu prevence na SOŠ.

Klíčová slova: rizikové chování, šikana, kyberšikana, poruchy příjmu potravy, drogová závislost, prevence

Abstract

A Bachelor thesis named **The Importance of Pupils Parents Education at Secondary Vocational Schools in the Area of Risky Behaviour**, points to importance of involving parents in the preventing process by educating them in this area. The theoretical part deals with the theory of risky behavior, with a focus on bullying, eating disorders and drug addiction. The important part of the thesis is a chapter dealing with the role of family and school in preventing risky behavior.

The practical part consists of quantitative research in a questionnaire form. Based on analysis and comparison of results obtained in this research is detected awareness of parents about the signs and issues relating to the area of risky behavior. There is also detected willingness of parents to educate themselves in the issue of risky behavior and their preference in the ways of realization this education. Based on results is lined up a system of collaboration between school and parents, which should help to streamline the process of prevention at secondary vocational school.

Keywords: risky behavior, bullying, cyber bullying, eating disorders, drug addiction, prevention

Obsah

1	SEZNAM GRAFŮ.....	10
2	ÚVOD	11
3	CÍL A METODIKA	13
4	TEORETICKÁ ČÁST	14
4.1	TEORIE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	14
4.1.1	ŠIKANA.....	15
4.1.1.1	Dělení šikany.....	16
4.1.1.1.1	Přímá a nepřímá	16
4.1.1.1.2	Verbální a fyzická x aktivita a pasivita	17
4.1.1.1.3	Kyberšikana	18
4.1.1.2	Agresor a oběť.....	18
4.1.2	PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (PPP).....	20
4.1.2.1	Mentální anorexie	20
4.1.2.2	Mentální bulimie	20
4.1.2.3	Psychosociální a osobnostní faktory PPP	21
4.1.3	DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	21
4.2	ÚLOHA RODINY A ŠKOLY PŘI PREVENCI RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ A ŘEŠENÍ JEHO NÁSLEDKŮ.....	23
4.2.1	RODINA A ŠKOLA X ŠIKANA.....	23
4.2.2	RODINA A ŠKOLA X PPP	24
4.2.3	RODINA A ŠKOLA X DROGOVÁ ZÁVISLOST.....	25
4.3	PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ.....	26
4.3.1	SPECIFICKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	27
4.3.1.1	Všeobecná prevence	27
4.3.1.2	Selektivní prevence	27
4.3.1.3	Indikovaná prevence	28
4.3.2	NESPECIFICKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	28
4.3.3	EFEKTIVNÍ PRIMÁRNÍ PREVENCE	28
4.3.4	NEÚČINNÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE	29

4.3.5	MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM	29
4.3.6	ŠKOLNÍ PREVENTIVNÍ STRATEGIE	29
5	<u>PRAKTICKÁ ČÁST.....</u>	30
5.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	30
5.2	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	32
5.3	HYPOTÉZY	33
5.4	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	33
5.5	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	59
5.6	NÁVRH SYSTÉMU SPOLUPRÁCE	60
6	<u>ZÁVĚR</u>	63
7	<u>ZDROJE.....</u>	65
8	<u>PŘÍLOHY</u>	68
8.1	DOTAZNÍK PRO RODIČE	69

1 Seznam grafů

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle pohlaví, zdroj: vlastní zpracování	33
Graf č. 2 Rozdělení respondentů dle vzdělání, zdroj: vlastní zpracování	34
Graf č. 3 Rozdělení respondentů dle ročníku, ve kterém studuje jejich dítě, zdroj: vlastní zpracování	34
Graf č. 4 Rizikové chování, odpovědi dle mužů a žen, zdroj: vlastní zpracování	36
Graf č. 5 Rizikové chování, odpovědi dle úrovně vzdělání, zdroj: vlastní zpracování	37
Graf č. 6 Šikana- varovné signály, odpovědi dle mužů a žen, zdroj: vlastní zpracování	38
Graf č. 7 Šikana- odpovědi rodičů dle úrovně vzdělání, zdroj: vlastní zpracování	39
Graf č. 8 Řešení šikany, správnost odpovědí, zdroj: vlastní zpracování	41
Graf č. 9 Informování dítěte, rozdělení dle pohlaví, zdroj: vlastní zpracování	42
Graf č. 10 Příznaky anorexie, odpovědi dle pohlaví, zdroj: vlastní zpracování	43
Graf č. 11 Následky užívání marihuany, odpovědi dle pohlaví, zdroj: vlastní zpracování	44
Graf č. 12 Následky užívání marihuany, odpovědi dle úrovně vzdělání, zdroj: vlastní zpracování	45
Graf č. 13 Získávání informací o rizikovém chování, zdroj: vlastní zpracování	46
Graf č. 14 Individuální informování dítěte, odpovědi dle pohlaví, zdroj: vlastní zpracování	47
Graf č. 15 Individuální informování dítěte, odpovědi dle otázky č.10, zdroj: vlastní zpracování	48
Graf č. 16 Ochota rodičů vzdělávat se v problematice rizikového chování, zdroj: vlastní zpracování	49
Graf č. 17 Ochota rodičů vzdělávat se v oblasti rizikového chování, odpovědi dle vzdělání, zdroj: vlastní zpracování	50
Graf č. 18 Názory rodičů na způsob vzdělávání, zdroj: vlastní zpracování	51
Graf č. 19 Omezující faktory, zdroj: vlastní zpracování	52
Graf č. 20 Výběr přednášejících, zdroj: vlastní zpracování	53
Graf č. 21 Časová dotace přednášek	54
Graf č. 22 Individuální rozhovory, výběr oprávněné osoby, zdroj: vlastní zpracování	55
Graf č. 23 Časová dotace individuálních setkání, zdroj: vlastní zpracování	56
Graf č. 24 Účast rodičů na třídních schůzkách, zdroj: vlastní zpracování	57
Graf č. 25 Rozdělení respondentů dle věku, zdroj: vlastní zpracování	58

2 Úvod

Rodina je podle teoretických poznatků primárním prostředím prevence rizikového chování. Škola se v rámci preventivních programů zabývá konkrétními specifiky této problematiky a pouze vzájemnou spoluprací těchto dvou institucí lze dosáhnout optimální úrovně prevence nejen u středoškolské mládeže. Z tohoto důvodu je bakalářská práce zaměřena tak, aby bylo zjištěno, jak rodiče na rizikové chování nahlíží, zda jsou obeznámeni s tím, co všechno do této oblasti spadá a jak se projevuje úroveň jejich znalostí do praxe - jakým způsobem by reagovali v případě, že by se s rizikovým chováním u svého dítěte setkali a zda v jejich chování převládou stereotypy uvedené v literatuře nebo budou schopni situaci řešit s ohledem na dítě.

V případě, že budou rodiče čerpat informace z odborných zdrojů, budou schopni s větší pravděpodobností rozpoznat příznaky a projevy rizikového chování u svého dítěte včas, tedy ještě před tím, než se celá situace dostane do stádia, kdy je v sázce psychické či fyzické zdraví dítěte. Ochota rodičů vzdělávat se je tedy klíčovým prvkem v optimální prevenci rizikového chování mládeže, a proto by mělo být zjištěno, jestli by rodiče byli nakloněni možnosti vzdělávat se v této oblasti a získat ucelený přehled, popř. nové informace o tématech šikany, poruch příjmu potravy a drogové závislosti. V tomto ohledu byly zjišťovány preference rodičů, co se týče způsobů samotného vzdělávání, ale také toho, v jakém časovém úseku by mělo probíhat a kdo by je měl realizovat.

Bylo také zjišťováno, jakým způsobem budou odpovídat rodiče s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání, zda se výše jejich vzdělání nějakým způsobem odrazí na úrovni jejich vědomostí o této problematice. Další věcí, kterou praktická část bakalářské práce zohledňuje, byly odlišnosti v přístupu mužů a žen k oblastem rizikového chování, ale pouze na úrovni obecného porovnání.

Důležitým prvkem práce je návrh systému spolupráce mezi školou a rodiči, který by měl na základě odpovědí získaných v dotazníku jednak pomoci v prevenci rizikového chování, ale také vyhovovat rodičům. Tento návrh je tedy popisem možností, jak by mohlo probíhat zapojení rodičů do prevence rizikového chování u středoškolské mládeže.

Zaměření práce na šikanu, poruchy příjmu potravy a drogovou závislost bylo zvoleno proto, že tato témata bývají nejčastěji rozebírána v rámci školních preventivních programů a rodiče by měli mít stejně jako jejich děti možnost informovat se a získat odborné poznatky o tématech, která jsou v našich podmínkách nejobvyklejšími kategoriemi projevujícími se mezi mládeží a spadající pod oblast rizikového chování.

3 Cíl a metodika

Cílem bakalářské práce je prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit povědomí a ochotu dalšího vzdělávání rodičů žáku střední odborné školy v problematice rizikového chování a na základě výsledků dotazníkového šetření navrhnout možnosti zapojení rodičů do procesu prevence ve spolupráci se školou.

Teoretická část je vytvořena na základě rešerše literatury, obsahující základní informace z oblasti rizikového chování zaměřené na šikanu, poruchy příjmu potravy a drogovou závislost. Ke každému výše uvedenému tématu jsou připojeny základní teoretické poznatky, projevy, návrhy řešení apod. Je zde kladen důraz na úlohu školy a rodiny v prevenci rizikového chování, vztahující se k tématům odpovídajícím zaměření bakalářské práce.

Byla zvolena metoda kvantitativní, konkrétně dotazníkové šetření. Pro optimální sestavení návrhu spolupráce rodičů a školy při prevenci rizikového chování bylo třeba zjistit preference většího počtu rodičů, a proto bylo dotazníkové šetření nejvhodnějším nástrojem.

V rámci dotazníkového šetření bylo zjišťováno povědomí rodičů o problematice rizikového chování obecně, jejich přístup k tématům vztahujícím se k této oblasti, ale také ochota zapojit do procesu prevence svým vlastním vzděláváním. Výsledky byly porovnávány na základě pohlaví respondentů, ale i výše dosaženého vzdělání. Na základě zjištěného byl navržen systém spolupráce mezi rodiči a školou, který byl v souladu s preferencemi rodičů vyplývajících z výsledků dotazníkového šetření.

4 Teoretická část

Teoretická část obsahuje přehled zkoumané problematiky, s důrazem na oblast šikany, poruch příjmu potravy a drogové závislosti. Samostatnou kapitolu tvoří Úloha rodiny a školy při prevenci rizikového chování a řešení jeho následků, kde jsou možnosti školy i rodiny rozepsány jednotlivě, v souvislosti s tématy, jež odpovídají zaměření práce. Poslední část pak sestává z přehledu primární prevence rizikového chování.

4.1 Teorie rizikového chování

Jako rizikové chování označujeme nevhodné, delikventní, deviantní, či sociálně patologické chování. Rizikové chování má negativní fyzické nebo psychické důsledky na život jedince. Do této skupiny patří vandalismus, krádeže, rizikové sporty, působení sekt atd. Šikana, poruchy příjmu potravy a drogová závislost (zejména alkohol, tabákové výrobky a konopné drogy) jsou pak nejvýraznějšími fenomény mezi mládeží. (Bendl a kol., 2015)

Sociálně patologický jev, je pojmem sociologickým a označuje fatální jevy ve společnosti, jako je alkoholismus, krádež, vražda atd. K těmto jevům taktéž směřují opatření spojená s primární prevencí, ale ve školním prostředí se pracuje s rizikovým chováním ve smyslu širšího spektra jevů. K těmto jevům jsou zaujímana účinná primárně preventivní opatření, která mají za cíl minimalizovat projevy a rizika tohoto chování, popř. přijmout efektivní opatření. Primární prevence na školách je zaměřena hlavně na tyto oblasti: (MŠMT, online, cit. 27. 3. 2016)

- a) agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimedií, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
- b) záškoláctví,
- c) závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling

- d) rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
- e) spektrum poruch příjmu potravy
- f) negativní působení sekt
- g) sexuální rizikové chování

4.1.1 Šikana

Šikanu chápeme jako speciální formu agresivního chování a zároveň jako jeden z nejvýraznějších společenských fenoménů s dlouhodobými následky. (Pavlovský a kol., 2012)

Šikana nepoškozují pouze oběť, ale i agresora a také všechny, kteří šikaně přihlíží nebo o ní vědí. Z tohoto důvodu je vážnou hrozbou šikana ve třídě, neboť o ní všichni vědí, a pokud nedojde ke včasnému řešení, může mezi žáky postupem času vzniknout názor, že je vše v pořádku a neděje se nic špatného. (Říčan, 2010)

Jako šikanu tedy označujeme jev, kdy je ubližováno někomu kdo se nemůže nebo nedovede bránit a zároveň má postavení mezi zúčastněnými stejnou úroveň - pokud je postavení oběti a agresora rozdílné, jedná se s velkou pravděpodobností o jinou formu šikanujícího chování, např. mobbing- tato forma chování je typická pro pracovní vztahy. Nicméně i ve škole může dojít k šikanujícímu chování, kdy postavení zúčastněných není rovnocenné. Jedná se o modely: učitel x žák nebo žák x učitel. Nejdůležitějším aspektem šikanujícího chování je však to, že mezi obětí a agresorem je osobně asymetrický mocenský vztah, který je typický a jedinečný pro každý jednotlivý případ. V souvislosti s šikanou se objevuje také pojem teasing. Jedná se o chování připomínající šikanu, např. konflikty mezi chlapci a dívkami na druhém stupni základní školy. I když jsou konflikty různě závažné jedná se o normální jev, který je doprovázen spíše formálními stížnostmi ze strany poškozeného. Na rozdíl od šikany není využívána agrese a manipulace, taktéž konflikty samotné nejsou soustředovány výlučně na jednoho jedince. (Martínek, 2009)

4.1.1.1 Dělení šikany

4.1.1.1.1 Přímá a nepřímá

Nepřímou šikanou je myšleno určité sociální izolování žáka, tedy snaha o jeho vyčlenění z kolektivu. Bývá obvykle více používáno ze strany dívčích agresorů. Oběť je vylučována ze všech činností skupiny a kolektiv ji záměrně ignoruje. Tato forma je často vnímána jako daleko trýznivější než šikana přímá, neboť v oběti vyvolává zoufalou potřebu se zavděčit a za každou cenu se začlenit do skupiny. V takovém případě může dojít např. k tomu, že oběť začne zanedbávat své školní povinnosti, její chování se diametrálně změní a tímto způsobem může utrpět její vztah s rodiči či vyučujícími. V konečném důsledku, ale dochází pouze ke snížení společenské prestiže oběti z pohledu agresorů. Přímá šikana má rozmanité formy, které vycházejí ze tří základních pilířů: násilí, slovní napadání a zotročování. (Říčan, 2010)

V případě přímé šikany dochází k následujícímu vývoji: Agresor začne oběť nejprve napadat slovně, posmívat se a urážet její rodinu. Podle toho jak oběť na toto chování reaguje, může dojít ke dvěma scénářům. V prvním případě se agresor po skončení etapy slovního napadání přikloní k jedné ze zbývajících možností. V druhém případě si oběť projde oběma etapami po sobě. Násilí, které je využíváno při šikanujícím chování není otázkou výlučně fyzických útoků jako je působení bolesti -bití, kopání, pálení atd. - ale také ponižujících tělesných manipulací, kdy je oběť donucena k obnažování či konzumaci odporných věcí. Pokud jde o zotročování, agresor nutí oběť vykonávat něco zakázaného či ponižujícího. V tomto třetím pilíři přímé šikany se agresor snaží si svou oběť ještě více připoutat. (Říčan, 2010)

Činí tak zvýšenou intenzitou slovních výhrůzek nebo fyzických napadení, někdy ale dochází i k tomu, že je oběť vydírána, nebo se těmito činnostmi snaží vlastní iniciativou přiblížit svým agresorům, zmenšit tak rozdíl v osobním mocenském postavení a často dochází k tomu, že se oběť sama stává agresorem. V takovém případě je vybrána nová oběť a původní poškozený se podílí na šikanujícím chování o to intenzivněji, oč více se bojí, že by se do pozice oběti mohl znovu vrátit sám. (Geisslerová, 2012)

4.1.1.1.2 Verbální a fyzická x aktivita a pasivita

Šikanu, jako agresivní chování, můžeme mimo přímé a nepřímé rozdělit také na verbální a fyzickou a současně na aktivní a pasivní. Dělit šikanu pouze jako přímou a nepřímou je nedostačující, neboť pak se může šikanující chování snadno zaměnit za teasing. Z pohledu aktivity a pasivity jsou odlišnosti v agresivním chování jasně patrné. Buď se jedinec aktivně zapojuje do agrese vůči oběti, nebo v případě pasivní účasti je pouze přihlížejícím. Kombinací těchto tří pohledů vznikne osm druhů agresivního chování, která jsou typická pro šikanu. (Martínek, 2009)

- 1) **Fyzická aktivní přímá agrese** se projevuje fyzickým ponižováním, bitím oběti a všeobecně je vnímána jako snaha o získání fyzické převahy nad obětí.
- 2) **Fyzická aktivní nepřímá agrese** znamená najmutí jiné osoby, která má za úkol ublížit oběti. Původní agresor pak vymýšlí způsoby týrání, ale sám se na nich nepodílí - pouze jako pozorovatel
- 3) **Fyzická pasivní přímá agrese** je typ chování, kdy je oběti fyzicky bráněno v plnění jejích cílů. Jedná se o záměrné ničení školních pomůcek, popř. znehodnocování pokusů atd.
- 4) **Fyzická pasivní nepřímá agrese** je odmítnutí na splnění požadavků, které vycházejí od oběti, anebo jsou s ní v přímém vztahu. Např. odmítnutí pomoci, zabírání lavic atd.
- 5) **Verbální aktivní přímá agrese** je jedna z nejčastějších ve školním prostředí. Konkrétně to jsou nadávky a jakékoli slovní ponižování. S ohledem na současnou frekvenci používání vulgárních výrazů se tento typ šikanujícího chování může učitelům jevit pouze jako teasing.
- 6) **Verbální aktivní nepřímá agrese** se projevuje rozšiřováním pomluv, které mají za cíl ublížit. Typickým projevem je zaujatost na jednoho člověka, kdy je kritizováno úplně vše, např. chování, oblečení, účes atd.
- 7) **Verbální pasivní přímá agrese** znamená ignoraci druhého člověka, odmítnutí odpovědět na pozdrav a na otázku. Pokud má agresor vůdčí postavení v kolektivu, může se stát, že takto „neviditelnou“ se oběť postupem času stane pro celou třídu.

- 8) **Verbální pasivní nepřímá agrese** je způsob jak využívat problémovější žáky, kteří mají často problémy s chováním. Toto chování se projevuje ve chvíli, kdy se žák nezastane někoho kdo je nespravedlivě kritizován či trestán nebo na něj svede něco co neudělal. Agresoři využívají problémové žáky se špatnou pověstí v jakémkoliv směru, aby nemuseli nést odpovědnost za své chování.

4.1.1.1.3 Kyberšikana

Kyberšikana bývá někdy označována jako nezávislý fenomén, který je od klasické šikany odloučen a je výsledkem zneužití nových technologií. V praxi je však kyberšikana jakýmsi rozšířením tradičního šikanujícího chování. Ohroženi jsou především mladiství a děti, kteří mají snadný přístup k mobilu a internetu, ale nejsou dostatečně informováni o rizicích, která jsou s komunikačními technologiemi spojena. (Geisslerová, 2012)

Překrývání online a offline šikany je až 85%, u obětí klasické šikany je mnohem vyšší riziko, že budou napadány i na internetu. Vzhledem k tomu, že je kyberšikana úzce spjata s tou tradiční, sdílí její obecné rysy. V internetovém prostředí, ale nabývají poněkud odlišných forem a tak se kyberšikana nedá s obecnou platností definovat i vzhledem k tomu, že jde o relativně nový a rychle se rozvíjející fenomén. Můžeme tedy vycházet z toho, že oběť tohoto problému vnímá chování druhého jedince jako nepříjemné a ubližující, s tendencí se opakovat a je zde patrný nepoměr sil mezi obětí a agresorem. (Černá a kol., 2013)

4.1.1.2 Agresor a oběť

Sklon k agresivnímu jednání se vytváří v prvních letech života. Roli tu hraje genetika, zásadní je však vliv výchovy a celkové zacházení s dítětem. Nedostatek zájmu, fyzické a psychické násilí, citový chlad, nedostatek svobody či tolerance k násilí- to vše může v budoucnu udělat z dítěte agresora, tedy toho, kdo se dopouští šikanujícího chování na ostatních. Agresorem se může stát dítě z jakékoli společenské vrstvy, ze zkušeností pedagogů však vychází, že mezi rodiči agresorů se velice často vyskytují lidé

s vyšším společenským postavením, podnikavci a zbohatlíci. Eticko-kulturní úroveň rodiny je oproti technicko-civilizační nízká a dochází zde k zanedbávání dětí vlivem nedostatku času díky zaměstnání. Tyto nedostatky jsou pak kompenzovány vysokým kapesným, díky čemuž si takové děti rychle získají respekt v kolektivu a vliv na jejich vrstevníky je značný. (Říčan, 2010)

Agresoři jsou vždy vzhledem k oběti zdatnější, ať už fyzicky či psychicky. Hlavním spouštěčem agresivního chování je krutost a touha po moci. Dalším motivem může být touha po pozornosti, kdy se agresor dostává do role herce ochotného udělat cokoli pro potlesk, motiv žárlivosti zase obnáší pomstu za přízeň jiné osoby- nejčastěji učitele. Motiv „Mengeleho“ staví agresora do role badatele, který zkoumá co všechno oběť vydrží a motiv prevence využívá bývalá oběť aby předešla opakovanému týrání. Posledním je motiv vykonat něco velkého, kdy se v životě neúspěšný člověk snaží dokázat, že v něčem vyniká. (Kelnarová, 2010)

Obětí šikany se stávají takový lidé, u kterých si je agresor jistý, že nebudou vzdorovat. Pokud oběť dokáže nedat na sobě znát stres, poruší se tím vztah, který mezi ní a agresorem vznikl. Šikanující chce vidět oběť trpět, a pokud se mu to nedaří, obvykle svou pozornost přeměruje jinam. Účinnými obrannými mechanismy jsou asertivita a humor. (Matoušková, 2013)

Z hlediska typologie obětí můžeme rozlišit pět druhů šikanovaných: (Kelnarová, 2010)

- a) **Oběť na první pohled** vysílá signály slabosti a je proto vhodným terčem.
- b) **Oběť dlouhou dobu pod ochrannými křídly matky nebo babičky** není dostatečně samostatná a neumí se účinně bránit.
- c) **Handicapované a sociálně slabé děti** jsou znevýhodněny odlišnostmi, které jsou proti nim využívány.
- d) Poslední kategorií jsou **učitelské děti**, které mají stejný sklon stát se obětí jako agresorem.

4.1.2 Poruchy příjmu potravy (PPP)

Základním rysem PPP je změněný přístup k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Sociální aktivity jsou potlačovány v důsledku naléhavé potřeby kontrolování výživy. Na rozvoji poruch příjmů potravy se podílejí biologické, psychologické a sociokulturní mechanismy a jejich výskyt má vzestupný trend. Mezi PPP řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Tato onemocnění se vyskytují především u dospívajících dívek. (Marková a kol., 2006)

4.1.2.1 Mentální anorexie

Projevuje se úmyslným úbytkem tělesné hmotnosti, projevuje se především u dívek a to v období dospívání, tedy v době, kdy dochází ke změnám poměru hormonů v těle a s tím i nárůstu objemu tělesného tuku. Onemocnění provází omezení příjmu potravy, nadměrná aktivita, ale také deprese, hysterické příznaky a afektivní labilita. Patientky mají narušené vnímání tělového schématu. Kromě nápadné ztráty váhy se nemoc projevuje také vypadáváním vlasů, snížením tělesné teploty, krevního tlaku a pulsu, bledou až vrásčitou pokožkou a lámáním nehtů. K udržení váhy pacientky nadměrně cvičí, vyvolávají si zvracení a průjmy, užívají laxativa a anorektika. (Marková a kol., 2006)

4.1.2.2 Mentální bulimie

Výskyt onemocnění z hlediska věku i pohlaví je skoro stejný jako u mentální anorexie. Jediný rozdíl spočívá v začátku onemocnění, kdy je věk postižených nepatrně vyšší. Bulimie je charakterizována přejídáním a následnou přehnanou kontrolou hmotnosti, kdy se pacient pokouší zmírnit účinky přijaté potravy. (Mahrová a kol., 2008)

Postižení nemají nízkou hmotnost a charakteristická je nadměrná konzumace velkých porcí jídla. Jedním z příznaků onemocnění jsou drastické diety- nemocní si uvědomují, že jejich příjem potravy je mimo normu a mají strach, že svou vlastní vůlí

nejsou schopni příjem jídla omezit. Onemocnění provází pocit viny, sebeodsuzování a deprese po jakémkoli jídle. Uchylují se proto k užívání projímadel či diuretik a tak dochází k opakovaným výkyvům hmotnosti. (Marková a kol., 2006)

4.1.2.3 Psychosociální a osobnostní faktory PPP

Poruchami příjmu potravy trpí častěji ženy než muži. Klinická zkušenost byla podpořena i výzkumy, z nichž vyšlo, že ženy trpí přejídáním 2,5x častěji a anorexií a bulimií dokonce 10x častěji než muži. Nejrizikovějším věkem pro výskyt onemocnění PPP je adolescence a časná dospělost. U pacientek s anorexií a bulimií byla zjištěna nedostatečná kontrola impulsů. Tato impulzivita vede k záchvatovitému přejídání, a přestože výzkumy, které používají dotazníkové metody, tuto souvislost nepotvrdily, existuje spojitost mezi zneužíváním návykových látek a pozdějším onemocněním PPP. Impulzivitu, která je spojována s užíváním návykových látek tedy můžeme považovat za společný faktor, který způsobuje oba tyto problémy. Pro pacientky s anorexií a bulimií je také společný sklon k perfekcionismu. (Papežová, 2010)

4.1.3 Drogová závislost

Opakovaným užíváním a zneužíváním drogy, která má počáteční příjemné účinky, vzniká závislost. Čím vyšší je toxicita a silnější vazebný potenciál, tím je droga považována za nebezpečnější. Vazebný potenciál označuje dobu, která vede od první dávky drogy ke vzniku závislosti, ale také sílu odvykacích příznaků při vysazení. Důležitým faktorem při vzniku závislosti je osobnost jedince a také jeho sociální zázemí. Obvykle se návykové látky rozdělují na alkoholové a nealkoholové drogy. Toto dělení má v rámci společenských poměrů své odůvodnění. I když je alkoholismus svými zdravotními, sociálními a ekonomickými riziky závislostí nejvíce rozšířenou, ale také nejnebezpečnější, společnost je k pití alkoholu tolerantnější, než k užívání jiných návykových látek. Jako původ tohoto jevu můžeme označit mimo jiné i to, že doba, která vede od prvního užití alkoholu přímo

k závislosti, trvá i několik let, zatímco např. u heroinu se udává množství tří až pěti dávek k vytvoření závislosti. (Vališová, 2007)

Stále častěji je mezi mládeží užívána marihuana. Tato droga je v určitých společenských vrstvách vnímána jako společensky přijatelná. Marihuana bývá někdy označována jako „startovací“ droga, neboť její uživatelé snadněji sklouznou k užívání tzv. tvrdých drog. (Sak, 2004)

Za společensky běžnou, ale zároveň dlouhodobě zdravotně poškozující drogu můžeme označit alkohol. Závislost na alkoholu roste u mladistvých velice rychle, projevují se zde faktory jako je dědičnost, sociální zázemí a samozřejmě místo, kde se mladistvý pohybuje- tedy parta, škola atd. (Bártlová, 2005)

Zásadním rozdílem mezi užíváním marihuany a alkoholu je působení drogy na jedince. Zatímco alkohol působí na sebevědomí a zbavuje zábran, marihuana má tlumící účinky. Alkohol má negativní vliv na agresivní chování. Také v otázce předávkování si alkohol stojí hůře. Předávkování marihuanou je jev zcela výjimečný. Rodiče mají obvykle strach z nelegálních drog, ale neuvědomují si, že se jejich dítě může doma dostat ke stejně nebezpečným látkám. I když společnost alkohol vlivem jakési „tradice“ toleruje, kdyby byl vynalezen dnes, ocitl by se pravděpodobně na seznamu zakázaných látek. (Hines, 2014)

Stejně jako alkohol, je tabák drogou legální. Její užívání upravuje zákon v ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Z lékařského pohledu je závislost na tabáku chápána jako nemoc. Stejně jako u alkoholu a drog obecně zde platí, že čím nižší je věk při začátku užívání, tím horší a rizikovější závislost. Přestože je prodej tabákových výrobků regulován na hranici 18 let, kouřit začínají mladiství převážně při přestupu na střední školu. (Geisslerová, 2012)

Konzumace alkoholu, cigaret a drog, převažuje u mladistvých se socioekonomickým poškozením- s neúplnou původní rodinou, nižším vzděláním atd., ale také s užší strukturou sociálních vazeb. Závislost na látkách poškozujících zdraví souvisí se socializačním procesem a můžeme ji chápat jako neschopnost vyrovnat se s těžkostmi a nejistotami, které provází období adolescence. Zásadním faktorem v tomto životním období je skupina vrstevníků, která může mladistvým pomoci vyhnout se konzumaci

alkoholu a drog nebo v opačném případě představuje nebezpečí a může ho do závislosti na těchto látkách vtáhnout. (Bártlová, 2005)

4.2 Úloha rodiny a školy při prevenci rizikového chování a řešení jeho následků

Zásadní roli při vzniku rizikového chování v období dospívání má prostředí, ve kterém se mládež pohybuje. Hlavními faktory v tomto období jsou rodina, škola a prostředí vrstevníků. Kombinace všech těchto faktorů spoluutváří vývoj dítěte, přičemž zásadní je vliv rodiny. V dospívání ale dochází k emancipaci na rodině a větší roli začínají zastávat vztahy mimo ni. Pro dospívajícího má škola zásadní význam, vzhledem k tomu, že v ní tráví většinu dne, ale také proto, že utváří vztah jedince nejen ke vzdělání, ale i k ostatním lidem. (Sobotková a kol., 2014)

4.2.1 Rodina a škola x šikana

Pokud se ve třídě objeví jakákoli forma násilí, pozorný učitel by ji měl být schopen rozeznat. Žák, který je nějakým způsobem napadán, většinou tráví přestávky osamoceně, vyhledává přítomnost pedagogů, jeho věci jsou rozházené, poničené atd. Příznakem může být i prudké zhoršení prospěchu, časté absence atd. Především rodina by měla být schopna odhalit, že se s dítětem něco děje. Změny v chování, náládovost, chybějící či poničené věci nebo snaha vyhnout se škole, to vše mohou být ukazatele toho, že je dítěti ve škole nějak ubližováno. (Geisslerová, 2012)

Rodiče by v případě, že zjistí, že je jejich dítě šikanováno, neměli podnikat žádné ukvapené akce. V žádném případě by se konflikt neměli snažit vyřešit sami s agresorem nebo jeho rodiči. Také je důležité, aby rodiče své dítě podpořili a nevinili ho ze spouštění šikany vůči své osobě např. tím, že agresory provokuje. V případě zjištění podobného konfliktu, by měl začít proces spolupráce mezi rodinou a školou. Je nutné aby se učitel obrátil na rodiče a citlivě se jich zeptal zda nepozorují varovné signály např., zda se nezměnilo chování dítěte doma, jestli nemá modřiny, nechybí mu věci atd. V opačném

případě, tedy pokud zjistí jako první rodiče, že je jejich dítě šikanováno, by měli kontaktovat školu, neboť právní řád přiznává žákům a jejich zákonným zástupcům aktivní ochranu před šikanujícím chováním. V rámci tohoto procesu by měly být shromážděny všechny poznatky, kterými obě strany disponují, a celá záležitost by měla dojít k takovému řešení, kdy je agresor potrestán, za své chování. Doporučuje se následně ve třídě provést určité zopakování prevence šikany, aby žáci pochopili, k čemu zde vlastně došlo- ovšem citlivě, aby oběť nebyla tímto jednáním poškozena v očích spolužáků. V případě agresora by pak mělo být dáno najevo, že odsuzujeme pouze jeho chování a nikoli jeho samotného. (Martínek, 2009)

4.2.2 Rodina a škola x PPP

Pro poruchy příjmu potravy je typické, že se nemocní snaží svůj stav utajit před okolím. Někdy si svůj skutečný stav neuvědomují a připadá jim vše v pořádku. Vzhledem k tomu, že následky poruch příjmu potravy mohou být smrtelné, je třeba nepodceňovat znepokojivé příznaky spojené s těmito onemocněními a včas vyhledat pomoc psychologa a v pokročilejším stadiu i lékařskou pomoc. (Geisslerová, 2012)

Poruchy příjmu potravy zásadním způsobem narušují společenský i osobní život postiženého. Všechno je podřízeno zájmu o jídlo, pozornost je soustředěna hlavně na svou vlastní osobu. Takto nemocný ztrácí zájem o své vrstevníky a trpí i jeho vztahy s rodinou. I přes případné utajování existuje několik varovných signálů, které mohou rodině napovědět, že se jedná právě o PPP. Pro stanovení diagnózy mentální anorexie, musí být přítomny tři základní znaky: aktivní udržování nízké tělesné hmotnosti, strach z tloušťky (trvá i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost) a nepřítomnost menstruace u dívek. Diagnostická kritéria pro bulimii jsou: neustálé zabývání se jídlem a přejídání, snaha o zvrácení výživového aspektu jídla (zvracení, zneužívání projímadel, užívání léků, střídání období hladovění a přejídání), chorobný strach z tloušťky. (Machová a kol., 2009)

Rodina si také může všimnout psychických komplikací, které vznikají v důsledku hladovění. Člověk trpící PPP si vlivem nemoci nezvýší své sebevědomí, právě naopak, je

úzkostný a nejistý, často se mu i drobné problémy zdají neřešitelné. Bývá podrážděný, nesoustředěný, egocentrický a vztahovačný. (Slezáková a kol., 2013)

V rámci rodiny je prevencí PPP zdravý životní styl. Výchova správných stravovacích návyků je velice důležitá a mělo by se s ní začít již v útlém věku. Soudržnost a tolerance rodiny jsou důležitými faktory při prevenci zvláště ve vztahu ke konzumnímu stylu života. Uspěchanost, či přehnaná honba za jednostranným úspěchem mohou napomoci ke vzniku PPP. Úloha školy při prevenci je zásadní. Ještě před začátkem puberty by se měli žáci dozvědět o psychických, tělesných a sociálních změnách, kterými projdou v období dospívání. Zejména tělesné změny u dívek v tomto období je třeba zdůrazňovat jako přirozenou součást dospívání. Důležitou součástí školní prevence je samozřejmě poskytnutí dostatečného množství objektivních informací o příčinách, důsledcích a výskytu poruch příjmu potravy. Rovněž podpora sebedůvěry, zvyšování sebevědomí, vzájemné důvěry a tolerance ve třídě, je jednou z možností prevence mentální anorexie a bulimie. (Machová a kol., 2009)

4.2.3 Rodina a škola x drogová závislost

Hlavním úkolem rodičů při prevenci užívání drog je to, aby své děti podněcovali k odpovědnosti za své činy a ty pak s dostatečnou sebeúctou a sebedůvěrou rozhodovaly o tom, co chtějí. Toho mohou docílit tím, že např. podporují alkohol v přiměřené míře, povídají si s dětmi o drogách, pomáhají jim rozvinout jejich asertivní dovednosti atd. Tímto přístupem se dá docílit toho, že dítě nebude mít pocit, že musí drogy tajně zkoušet, protože je to zakázané. Z tohoto důvodu pak může mít rodič dítě pod dohledem, když bude chtít vyzkoušet alkohol, či tabákové výrobky. Většina mladých po nějaké době přestane užívat návykové látky sama od sebe a jejich náhled na ně se změní. Výše uvedeným způsobem se dá efektivně zabránit např. konzumaci přílišného množství alkoholu, který mládež pravidelně zabíjí. (Hines, 2014)

Existují náznaky, které mohou rodiče či pedagogy přivést k tomu, že dítě bere drogy. Užívání návykových látek může vést ke snížení zájmů popř. vymizení předchozích zálib, výkyvům nálad nebo střídání nepřiměřené hovornosti s útlumem. Vážným

varováním je nalezení léků nebo jejich obalů a samozřejmě jehel a injekčních stříkaček. Vpichy po jehle jsou většinou patrné tam, kde jsou poměrně dostupné povrchové žíly, tedy na zápěstí, předloktí či na ohbí lokte. (Novák, 2014)

Domácí i zahraniční výzkumy jednoznačně vypovídají o tom, že nejpřirozenějším prostředím primární prevence je rodina. Škola nabízí široké spektrum možností prevence sociálně-patologických jevů, ty by měly žákům umožnit osobnostní sociální rozvoj. Preventivní programy musí zahrnovat specifické prvky jako např. úvahy o důvodech proč drogu nebrat, ale také učit děti jak drogu odmítnout. V těchto specifikách má právě rodina zásadní význam. V případě, že rodič nebo pedagog zjistí, že dítě užívá drogy, je důležité nedělat předčasné závěry, ale poskytnout včasnou a odbornou pomoc. Jedním z nástrojů, které v tomto případě může učitel využít je krátká intervence. Jedná se o jednoduchý a časově nenáročný postup, který může pomoci předejít pozdějším vážným komplikacím. Součástí tohoto postupu je posilování motivace, kdy pedagog nabídne možnost zmapovat výhody a nevýhody pokračujícího škodlivého užívání návykové látky. Zajímá se o život žáka, jeho cíle a plány a dává je do vztahu k omezením, která návykové látky přinášejí. Motivace bývá podpořena stanovením jasných a racionálních pravidel. Důležitá je spolupráce s rodiči, a pokud intervence nedostačuje, je na místě zařadit žáka do specializované léčby. Učitelé by měli být schopni pomoci jednotlivci i celé rodině, zhodnotit vlastní situaci a doporučit optimální léčebnou intervenci, je-li toho třeba. Žádný pomáhající pracovník ani učitel nemůže o léčbě rozhodnout místo klienta. Dobrá spolupráce školy a rodiny, ale může dítěti pomoci uvědomit si podstatu a kontext celého problému a tím výrazně zvýšit úspěšnost případné léčby. (Vališová, 2011)

4.3 Prevence rizikového chování

Základním principem primární prevence rizikového chování je výchova k minimalizaci a předcházení projevů rizikového chování. Jde o formování přístupu ke zdravému životnímu stylu, získání dovedností ke zvládnutí zátěžových situací, ale také o rozvoj pozitivního sociálního chování a psychosociálních dovedností. (MŠMT, online, cit. 27. 3. 2016)

4.3.1 Specifická primární prevence

Jedná se o aktivity a programy, které mají za cíl předcházet a omezovat výskyt jednotlivých forem rizikového chování. Specifickou primární prevenci dále dělíme na:

((MŠMT, on-line, cit. 27. 3. 2016)

- a)** všeobecnou prevenci
- b)** selektivní prevenci
- c)** indikovanou prevenci

4.3.1.1 Všeobecná prevence

Všeobecná primární prevence rizikového chování zahrnuje celou populaci. Je realizována dlouhodobými kontinuálními programy a jejím cílem je rizikovému chování předcházet. Ve školní prevenci se postupně preventivní programy začínají soustředit na model sociálního vlivu, a to v kombinaci s více specifickými, interaktivními programy. Pouze takové aktivity, které jsou dlouhodobé a systémově provázané, zohledňují různé kulturní, sociální, ekonomické i náboženské odlišnosti a které respektují různorodé potřeby odlišných cílových skupin, jen ty mají prokazatelné výsledky. Významnou roli v prevenci hraje zapojení rodičů, popř. celé komunity do organizace školy. Důvěra rodičů v pedagogy, klasifikaci a normy školy je klíčovým prvkem pro vytvoření zdravého prostředí ve škole. (prevence-info.cz, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.1.2 Selektivní prevence

Selektivní prevence se primárně zaměřuje na takové skupiny, u kterých je rizikové chování spojeno s psychologickými, biologickými, sociálními a environmentálními faktory. Cílem této formy primární prevence je včasné a efektivně řešit problematiku rizikových skupin dětí a mládeže, které mohou mít problémy v chování. (prevence-info.cz, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.1.3 Indikovaná prevence

Tento typ prevence je zaměřen na skupiny, u kterých je velké riziko výskytu rizikového chování, či jevu. V rámci této prevence je zohledňována míra rizika a při jejím uplatňování se volí kombinace vyhodnotitelných intervencí, podporujících změny v chování. (prevence-info.cz, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.2 Nespecifická primární prevence

Pod tímto označením rozumíme veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl a získávání pozitivního sociálního chování. K tomu dochází prostřednictvím smysluplného využívání volného času, tedy zájmovými, sportovními a volnočasovými aktivitami, které vedou k dodržování určitých pravidel a podporují zdravý rozvoj osobnosti. Prostřednictvím těchto aktivit je jedinec veden mimo jiné k odpovědnosti za sebe a své jednání a z tohoto důvodu je tento typ prevence významný v kontextu aplikování specifických programů prevence. (MŠMT, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.3 Efektivní primární prevence

Efektivní primární prevence zahrnuje kontinuální a dlouhodobé programy. Tyto jsou zaměřeny na vytváření dobrého klimatu ve třídě, osvojování a rozvoj sociálně emočních dovedností a kompetencí, zvládání konfliktů a zátěžových situací, zvyšování zdravého sebevědomí atd. Principy efektivní prevence jsou pak založeny na uvědomělosti, dlouhodobosti, aktivitnosti, soustavnosti, názornosti a přiměřenosti. (MŠMT, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.4 Neúčinná primární prevence

Za neúčinnou můžeme prevenci považovat ve chvíli, kdy: (prevence-info.cz, on-line, cit. 27. 3. 2016)

- a) Využívá zastrašování, triviální přístup nebo citové apely, dochází ke znevažování osobních postojů jedince nebo nerespektování jeho názorů, anebo dochází k pouhému předávání informací bez přímého zapojení ze strany studentů
- b) Prevence probíhá pomocí hromadných aktivit či návštěv, za pasivní účasti studentů a nedochází k diskuzím na dané téma

4.3.5 Minimální preventivní program

Tento konkrétní dokument školy je zpracováván na dobu jednoho školního roku školním metodikem prevence. Je hodnocen průběžně, na konci roku je zhodnocena jeho efektivita a kvalita. Je zaměřen na výchovu a vzdělávání žáků ve zdravém životním stylu, pomáhá rozvíjet jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj, ale také komunikační dovednosti. (MŠMT, on-line, cit. 27. 3. 2016)

4.3.6 Školní preventivní strategie

Vychází z rámcového vzdělávacího programu a je součástí školního vzdělávacího programu. Jedná se o dlouhodobý preventivní program školy, který jasně definuje dlouhodobé a krátkodobé cíle školní prevence, které jsou uzpůsobeny kulturním, sociálním, či politickým rozdílnostem ve struktuře školy, ale také oddaluje, brání nebo snižuje výskyt rizikových forem chování. Má za úkol zvyšovat schopnost studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí. (MŠMT, on-line, cit. 27. 3. 2016)

5 Praktická část

Praktická část bakalářské práce obsahuje hypotézy, popis sběru dat, popis dotazníku a charakteristiku respondentů, vyhodnocení dotazníkového šetření, ověření hypotéz a návrh systému spolupráce školy a rodičů.

5.1 Dotazníkové šetření

Cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda jsou rodiče žáků střední odborné školy nakloněni myšlence vzdělávání své vlastní osoby v problematice rizikového chování ve spolupráci se školou a jaké jsou preferované způsoby vzdělávání. Dalším důležitým poznatkem bylo zjištění přístupu, ale také povědomí rodičů o rizikovém chování jednak v obecné rovině a pak v konkrétních případech, zvolených tak, aby odpovídaly zaměření práce.

Ještě před uskutečněním samotného šetření proběhla pilotáž na menším počtu respondentů, která zajistila, že otázky budou jasné a srozumitelné. Dotazník byl rozdán za spolupráce s třídními učiteli 9. 3. 2016 mezi rodiče žáků Střední zdravotnické školy Praha 1, v počtu 120 kusů. Z tohoto množství se zpět vrátilo 104 dotazníků, z nichž bylo pro praktickou část použito sto z toho důvodu, že čtyři dotazníky se vrátily neúplné. Dotazník byl anonymní, obsahoval dvacet otázek, uzavřených a polootevřených (zdůvodnění vybrané odpovědi) a byl rozčleněn na pět částí.

1) Obecné informace

Tato část dotazníku se skládala z uzavřených otázek. Odpovědi byly využity jako doplňující informace, sloužící ke konkretizaci dalších výsledků z ostatních dotazníkových částí.

Otázka č. 1: Pohlaví

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Otázka č. 3: V jakém ročníku studuje Vaše dítě?

Otázka č. 20: Kolik je Vám let?

2) povědomí o problematice rizikového chování

V této sekci byly možnosti, ze kterých rodiče vybírali, převzaty z odborné literatury a doplněny, popřípadě pozměněny tak, aby z nich co nejlépe vyplynulo povědomí rodičů o zkoumané problematice. Např. u některých otázek bylo možno zakroužkovat všechny možnosti, jako odpovědi správné. Bylo tedy zjišťováno nejen to, jaká možnost byla kroužkována nejvíce, ale také to, kolik rodičů zvolilo kolik odpovědí - jejich rozsah pak stanovil obecnou úroveň znalosti rodičů.

Otázka č. 4: Které z těchto možností dle Vás spadají pod rizikové chování?

Otázka č. 5: Co by pro Vás jako rodiče bylo varovným příznakem a vzbudilo podezření o tom, že je Vaše dítě šikanováno?

Otázka č. 6: Pokud byste zjistili, že je Vaše dítě šikanováno, jak byste postupovali?

Otázka č. 8: Zakroužkujte prosím ty možnosti, které se dle Vašeho názoru týkají mentální anorexie

Otázka č. 9: Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás souvisí s užíváním marihuany.

3) dosavadní vzdělávání se v této oblasti a přístup k individuálnímu vzdělávání dítěte rodičem

Tato část měla zjistit, jakým způsobem přistupují rodiče více, či méně obeznámení s problematikou rizikového chování k individuálnímu vzdělávání svého dítěte.

Otázka č. 7: Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás mají nejzásadnější roli při informování Vašeho dítěte o rizikovém chování.

Otázka č. 10: Jakým způsobem jste byli Vy sami vzděláváni v oblasti rizikového chování?

Otázka č. 11: Rizikové chování: Jakým způsobem přistupujete ve vztahu k dítěti k tomuto problému?

4) ochota ke vzdělávání a preferované způsoby vzdělávání

Otázka č. 12: Pokud by škola, kterou navštěvuje Vaše dítě, poskytovala možnost vzdělávání v problematice rizikového chování pro dospělé, byli byste ochotni spolupracovat se školou při prevenci rizikového chování svým vlastním zapojením do vzdělávacího procesu?

Otázka č. 13: V případě navázání spolupráce se školou, která by vzdělávání dospělých v oblasti rizikového chování organizovala, o co by jste měli největší zájem?

Otázka č. 14: Co by pro Vás bylo v případě Vaší účasti v preventivním programu omezujícím faktorem?

5) konkrétní informace potřebné k sestavení návrhu systému spolupráce mezi školou a rodiči

Tato část měla v kombinaci s částí předchozí zjistit preference rodičů, potřebné k sestavení systému spolupráce v prevenci rizikového chování.

Otázka č. 15: V případě přednášek a seminářů, kdo by Vám měl přednášet?

Otázka č. 16: V případě přednášek a seminářů, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval?

Otázka č. 17: V případě individuálních setkání, s kým byste měli komunikovat?

Otázka č. 18: V případě individuálních setkání, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval?

Otázka č. 19: Chodíte pravidelně na obě třídní schůzky v rámci školního roku?

5.2 Charakteristika respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 104 osob. Respondenty byly rodiče žáků střední zdravotnické školy ve věku od 35 do 61 let s většinovým podílem žen - 61 %. Mezi rodiči, kteří dotazník vyplnili, byli zastoupeni středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní jedinci, přičemž středoškolsky vzdělaní rodiče tvořili většinu.

5.3 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Většina vysokoškolsky vzdělaných rodičů je nakloněna možnosti vzdělávání v oblasti rizikového chování.

Hypotéza č. 2: Rodiče, kteří nebyli odborně vzděláváni v oblasti rizikového chování, nepovažují za nutné individuálně vzdělávat své děti v této oblasti.

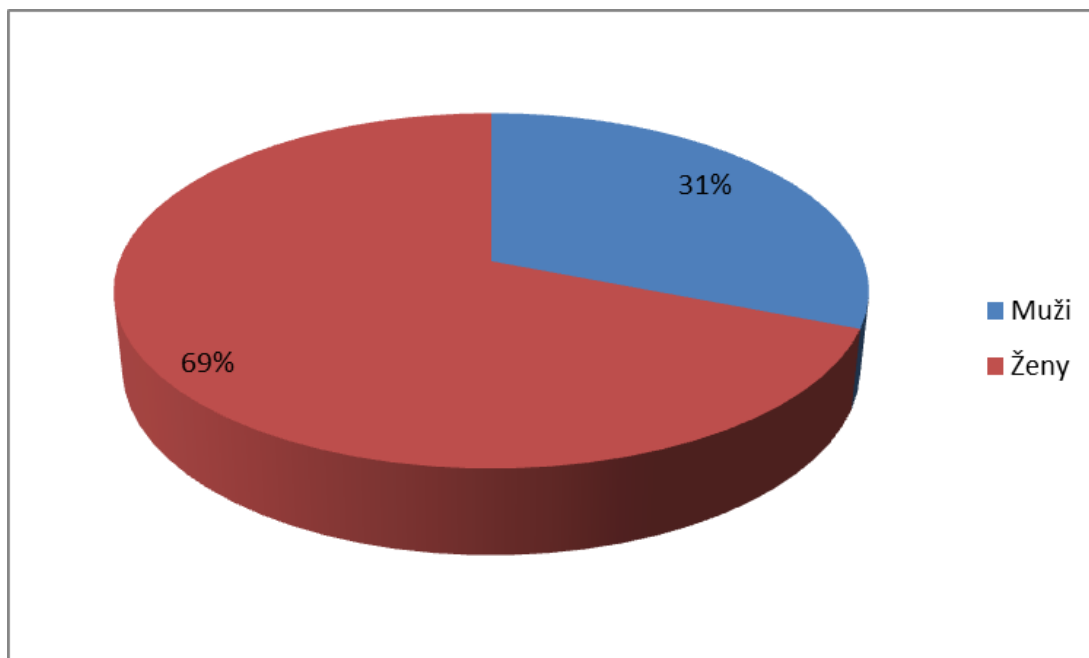
Hypotéza č. 3: Vysokoškolsky vzdělaní rodiče projevují hlubší obeznámenost s problematikou rizikového chování, než rodiče se středoškolským vzděláním.

5.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

1. Pohlaví

Z celkového počtu sta respondentů, bylo 31 mužů a 69 žen.

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle pohlaví

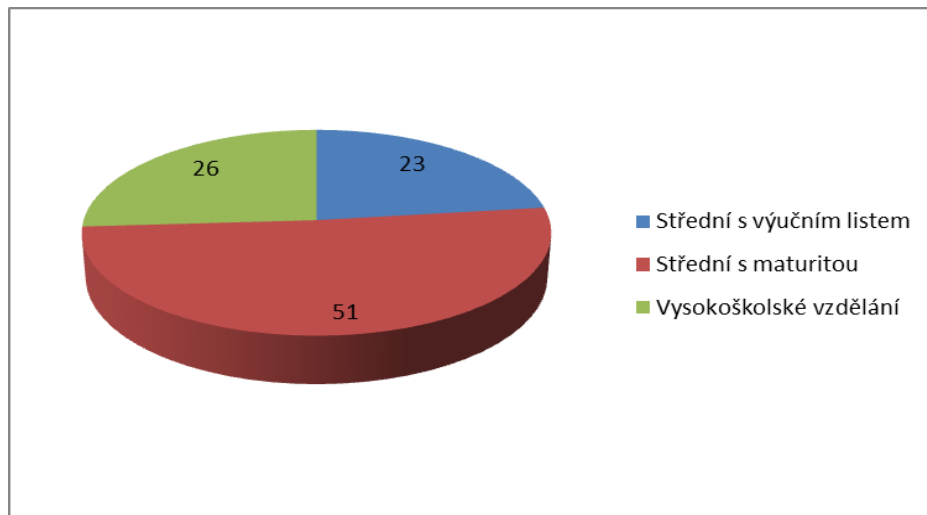


Zdroj: vlastní zpracování

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvíce zastoupeným nejvyšším stupněm dosaženého vzdělání bylo střední s maturitou, celých 51 %. Výuční list mělo 23 % rodičů a vysokoškolsky vzděláno bylo 26 % rodičů.

Graf č. 2 Rozdělení respondentů dle vzdělání

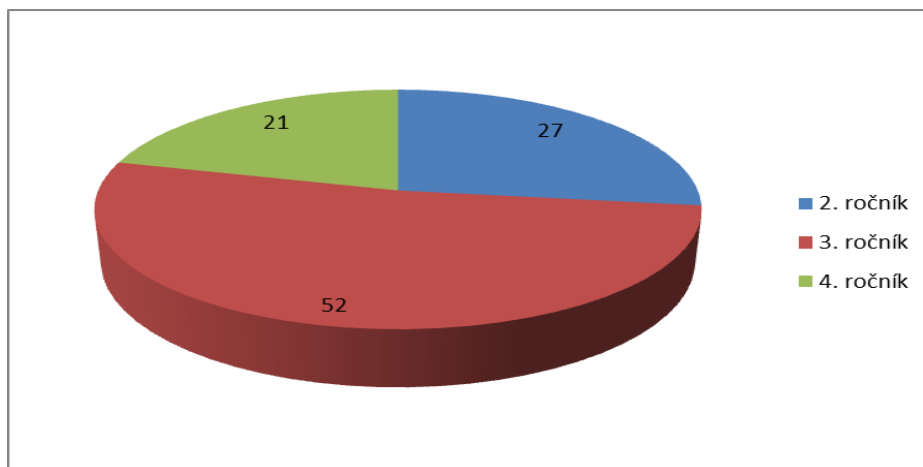


Zdroj: vlastní zpracování

3. V jakém ročníku studuje Vaše dítě?

Nejsilněji zastoupen byl třetí ročník - 52 %. U druhého a čtvrtého ročníku byly odpovědi téměř vyrovnané- druhý ročník 27 % a čtvrtý ročník 21 %.

Graf č. 3 Rozdělení respondentů dle ročníku, ve kterém studuje jejich dítě



Zdroj: vlastní zpracování

4. Které z těchto možností dle Vás spadají pod rizikové chování?

U této otázky bylo celkem dvacet šest možností výběru a bylo jen na rodičích, kolik z nich zvolí. Všechny odpovědi byly „správně“, v ideálním případě by tedy rodiče měli zaškrtnout všechny. Mezi možnostmi byly uvedeny jednak přímo kategorie rizikového chování a pak přímé i nepřímé projevy. Rodiče měli také možnost dopsat svou možnost/i. Tuto variantu si ale nezvolil nikdo.

Co se týká četnosti odpovědí, nejvíce kroužkovanými možnostmi byly *sebepoškozování* (96 %), *poškození majetku* (90 %) a *krádež* (82 %). Nejméně rodičů zvolilo možnost „*rizikové sporty*“. Přestože je tato možnost jednou z hlavních kategorií zahrnutých pod rizikové chování, z celkového počtu ji zvolilo pouze 8 % dotázaných.

Velké množství rodičů zvolilo také variantu týkající se *zveřejňování intimních fotografií na internetu* (78 %), *sexuální obtěžování* zvolilo o tři procenta méně (75 %) rodičů a *promiskuitu* obecně nepovažuje za rizikové chování skoro polovina dotázaných (42 %). Velice zajímavé je u těchto tří možností také rozčlenění ženských a mužských odpovědí. Ač bych předpokládala, že právě na tato témata budou citlivější ženy, *sexuální obtěžování* označilo jako rizikové chování z celkového počtu 97 % mužů a 65 % žen, *zveřejňování intimních fotografií na internetu* 68 % mužů a 87 % žen a *promiskuitu* 94 % mužů a 43 % žen.

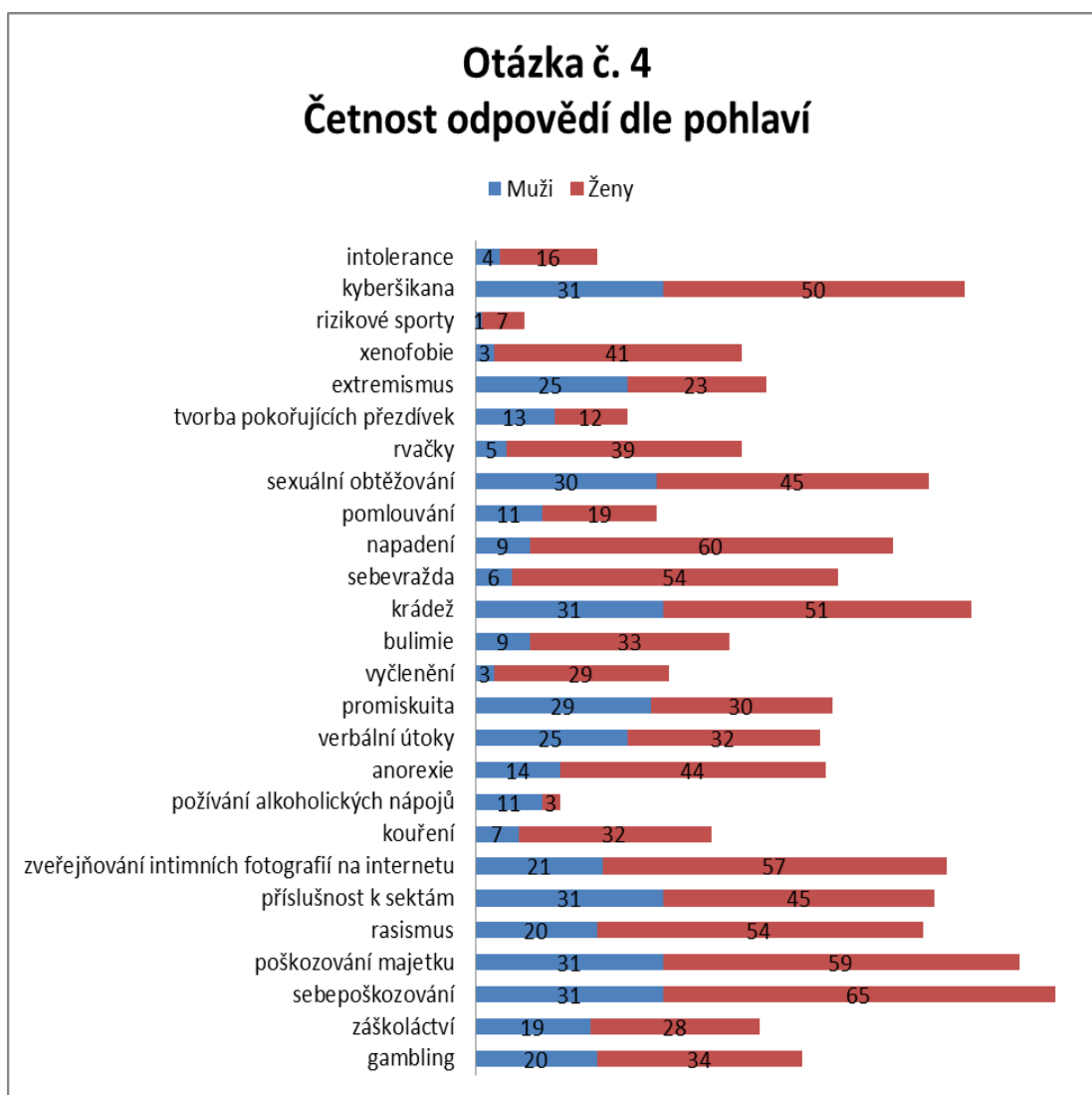
Velmi zarážející je fakt, jak málo rodičů označilo *kouření* (39 %) a *požívání alkoholických nápojů* (42 %) za rizikové chování, zvláště přihlédneme-li k faktu, že se dotazník týkal rizikového chování mládeže, a že oni sami jsou rodiči dětí pod hranicí zletilosti. Vzhledem k tomu, že toto byly jediné možnosti spadající pod drogovou závislost, nelze s určitostí říci jaký je náhled rodičů na drogy obecně, i když s přihlédnutím k nízkým počtům zvolených odpovědí lze předpokládat, že rodiče jsou k některým látkám shovívavější, přestože spadají do kategorie drog.

Dalším negativním zjištěním je, že pouze 58 % rodičů vybralo *anorexii* a ještě méně (42 %) *bulimii*. Dá se předpokládat, že za rozdíl ve vnímání těchto dvou poruch mohou stereotypy a sdělovací prostředky, ve kterých se s pojmem anorexie setkáváme častěji než s pojmem bulimie. Vzhledem k tomu, že poruchy příjmu potravy mohou vést až k přímému ohrožení života, je jasně patrné, že ve vnímání veřejnosti k těmto pojmům

musí dojít ke změně. Obeznamenost rodičů s těmito pojmy bude ještě ověřována v další dotazníkové otázce (č. 8).

Co se týká šikany, tento pojem byl záměrně z možností vypuštěn a nahrazen více, či méně závažnými projevy ať už z hlediska oběti nebo agresora. V souvislosti s tím, že *kyberšikanu* zaškrtno 81 % dotázaných a projevy klasické šikany, kromě jediného případu, ne zvolila nadpoloviční většina – *záškoláctví* (47 %), *verbální útoky* (57 %), *vyčlenění dítěte z kolektivu* (32 %), *pomlouvání* (30%), *rvačky* (44 %), *tvorba pokořujících přezdívek* (25 %) atd. - vypadá to, že rodiče automaticky vnímají pojem šikana jako negativní, ale nevědí už, co vše pod něj spadá. Tato myšlenka bude dále porovnávána s výsledky otázky č. 5.

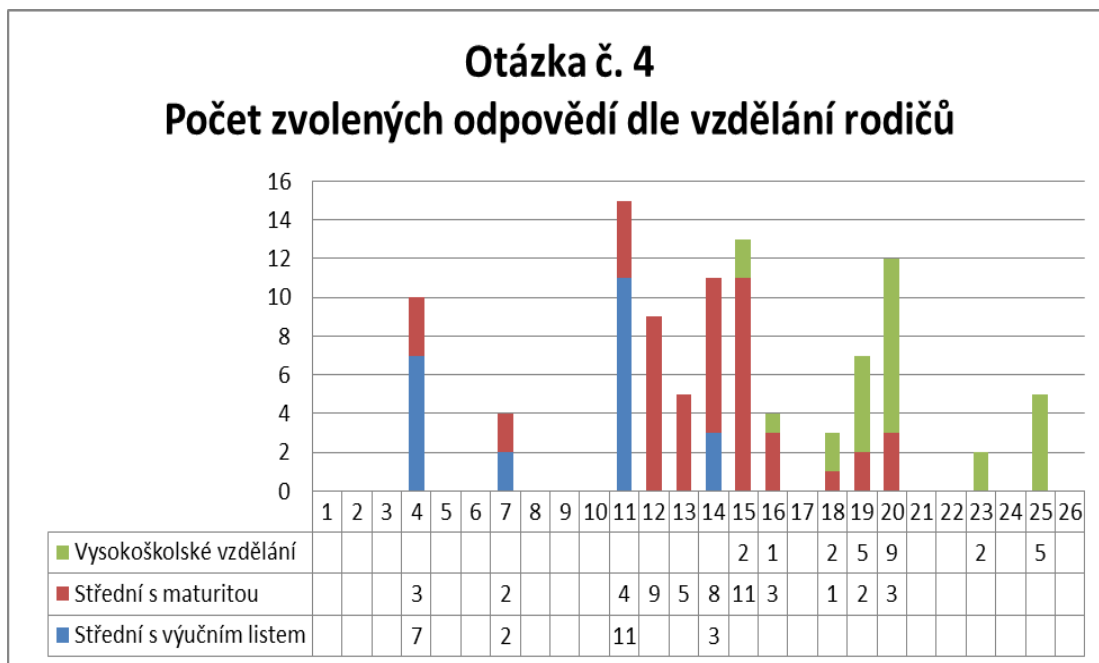
Graf č. 4 Rizikové chování, odpovědi dle mužů a žen



Zdroj: vlastní zpracování

V této otázce bylo možno zaškrtnout všechny odpovědi. Nejmenší počet vybraných byl 4/26 největší pak 25/26. Podle počtu zaškrtnutých odpovědí jednotlivými rodiči a s přihlédnutím k jejich dosaženému vzdělávání bylo zjištěno, že rodiče s výučním listem zaškrtnuli v průměru 9 možností, rodiče s maturitou 13 možností a rodiče s vysokoškolským vzděláním 20 možností.

Graf č. 5 Rizikové chování, odpovědi dle úrovně vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

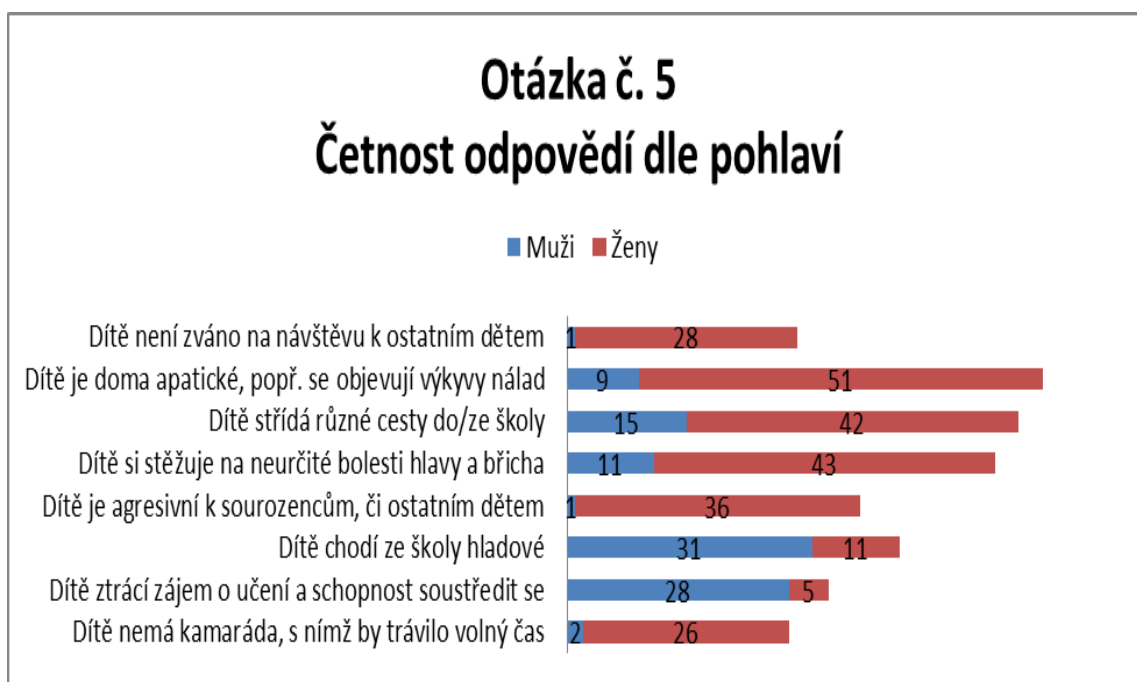
5. Vyberte z následujících možností: Co by pro Vás jako rodiče bylo varovným signálem a vzbudilo podezření o tom, že je Vaše dítě šikanováno?

V této otázce bylo opět možné zaškrtnout všechny odpovědi. Možnosti sestávaly z klasických příznaků šikanovaného dítěte, upravených pro potřeby dotazníku. Rodiče mohli dopsat navíc svou vlastní variantu a čtyři rodiče toho skutečně využili. Tuto dopisovanou variantu uvádím jako samostatnou kategorii.

Nejčastěji volenou možností byla tato: „*Dítě je doma apatické, popř. se objevují výkyvy nálad*“. Tuto odpověď si vybralo 60 % rodičů, z celkového počtu zúčastněných, dle pohlaví pak 29 % mužů a 74 % žen. Nejméně vybranými možnostmi byly: „*Dítě nemá*

kamaráda, s nímž by trávil volný čas“ – 28 % a „Dítě není zváno na návštěvu k ostatním dětem“- 29 %. Tyto možnosti se také vyznačují prakticky minimálním výběrem ze strany mužů- 6 % a 3 %. Zde se nabízí srovnání s otázkou č. 4. Tyto dvě možnosti totiž pojednávají o vyčlenění dítěte z kolektivu (v předchozí otázce získala tato možnost 32 %). Vyčlenění dítěte z kolektivu je jedním z nejzásadnějších faktorů při rozpoznávání šikany. Pro rodiče by to, že dítě nemá nikoho, s kým by trávil volný čas, mělo být prvotním varovným signálem, že něco není v pořádku. Vzhledem k tomu, že ani odpověď „ Dítě je agresivní k sourozencům, či ostatním dětem“ nebyla příliš vybírána (37 %), je patrné, že rodiče dostatečně nevnímají signály, které dítě nepřímo dává o tom, že je něco v nepořádku. Podle výsledků dotazníku by rodiče začali vnímat, že je něco špatně až ve chvíli, kdy by šikana propukla naplno- např. *dítě střídá různé cesty školy (57 %), dítě si stěžuje na neurčité bolesti hlavy a břicha, často zvrací (54 %)*. O tom mimo jiné hovoří také dopisované odpovědi: *Dítě si vymýšlí výmluvy, aby nemuselo do školy, záškoláctví, zničené věci, ztracené věci*. Zajímavým faktem je také to, že všichni muži zaškrtnli odpověď: „*Dítě chodí ze školy hladové*“. U mužů tedy nejvíce převládá představa, že šikana se projevuje tím, že je dítě okrádáno o svačiny, či peníze na jídlo.

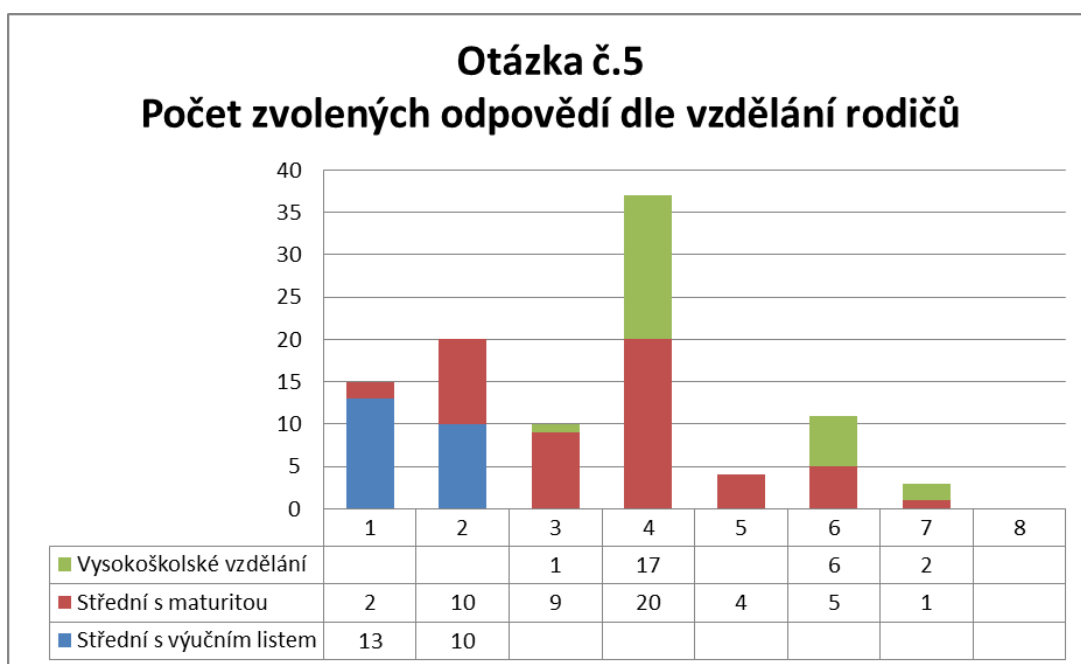
Graf č. 6 Šikana- varovné signály, odpovědi dle mužů a žen



Zdroj: vlastní zpracování

Opět byl porovnán počet zvolených odpovědí v souvislosti se vzděláním rodičů. Bylo možno zvolit všechny možnosti, přičemž celkový počet, tedy osm, opět nevybral nikdo. Nejnižší počet zvolených odpovědí byl 1/8 a nejvyšší 7/8. Při porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání a počtu vybraných možností vychází, že rodiče s výučním listem zvolili v průměru pouze jednu možnost, rodiče s maturitou čtyři a rodiče s vysokoškolským vzděláním pět.

Graf č. 7 Šikana- odpovědi rodičů dle úrovně vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

6. V souvislosti se šikanou: Pokud byste zjistili, že je Vaše dítě šikanováno, jak byste postupovali?

Tato otázka měla v podstatě jen dvě vyhovující odpovědi a to konkrétně:

f) *Budu celou věc řešit s třídní učitelkou, společně vymyslíme vhodný postup řešení*

g) *Obrátím se na školního psychologa či výchovného poradce a třídní učitelku. Společně vymyslíme vhodný postup a řešení.*

Ostatní možnosti sestávaly z obvyklých scénářů uváděných v odborné literatuře, byly pouze upraveny tak, aby všechny působily nezávadným dojmem- tedy aby nebylo jasné, že některá možnost je vyložena špatně. Rodiče i tady vybírali více možností, i když podle pilotáže a jejích výsledků tu byl předpoklad, že zvolí pouze jednu, která nejvíce vyhovuje jejich přístupu.

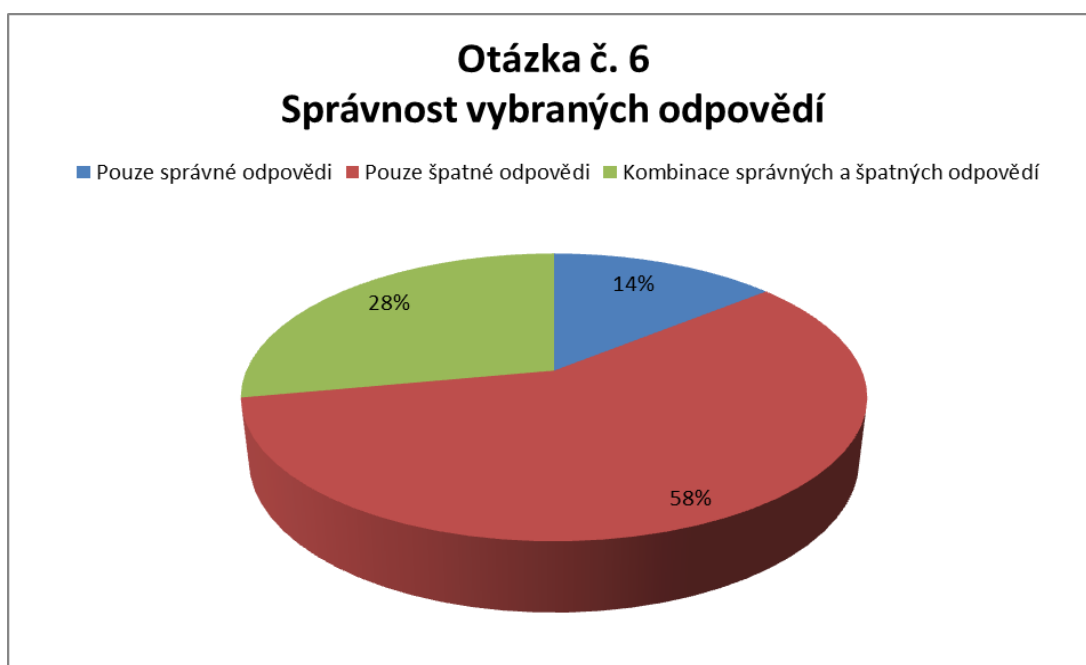
Nejvíce byla vybírána možnost a) *Snažil/a bych se situaci rozebrat s dítětem, zjistit příčiny a ujistit se, že mé dítě tuto situaci vědomě nevyprovokovalo. Teprve pak budu řešit samotnou situaci.* Tuto možnost zvolilo 41 rodičů (32 % mužů a 45 % žen z celkového počtu). Tato odpověď se sice zdá být nezávadná, nicméně z hlediska teorie označuje jeden z nejvýraznějších stereotypů, které se k šikaně váží- totiž, že oběť si za šikanu může sama. I když je rodič z tohoto stereotypu vyveden, když zjistí, že jeho dítě si „nezačalo“, důvěra dítěte v rodiče může tímto způsobem řešení výrazně utrpět.

Druhou možnost, tedy b) *Snažil/a bych se situaci rozebrat s dítětem, zjistit příčiny a celkovou závažnost situace. Pravděpodobně bych na základě zjištěného poradil/a dítěti jak (ne)reagovat aby si s tou situací mohl/a poradit sám/a. Teprve pokud bude problém přetrvávat, zapojím se sám/a,* zvolilo celkem 25 rodičů, celkově by tento postup realizovalo 29 % mužů a 23 % žen z celého počtu dotazovaných. Tato odpověď rozvíjí první stereotyp v tom smyslu, že dítě si nechá všechno líbit a proto má problémy. Rodiče se v takových případech uchylují k „ověřeným“ radám, navrhují, aby si dítě agresora nevsímalo, že ho to pak přestane bavit atd. Bohužel, ve fázi, kdy šikana propukla naplno, tyto způsoby obrany nefungují.

Možnost c) *Vyhledám šikanujícího a budu se ho snažit přesvědčit, aby toho nechal, popř. půjdu celou situaci řešit s jeho rodiči,* byla volena prakticky pouze muži. Z celkového počtu 23, ji zvolilo 22 mužů a pouze jedna žena. Tato odpověď je prakticky nejhorší, tímto postupem se může naopak celá situace jen zhoršit. Stejně tak odpověď: d) *Budu celou věc okamžitě řešit oficiálně přes vedení školy a požadovat trest (vyloučení, snížená známka z chování atd.) pro šikanujícího,* není právě vhodným způsobem řešení, protože je rovněž příliš radikální a může mít neblahé následky na psychiku všech zúčastněných. Tento postup zvolilo celkem 9 rodičů. Možnost e) *Budu zvažovat přechod dítěte na jinou školu,* také nic nevyřeší, dítě je tím jen více stresováno. Tuto možnost zvolili pouze 4 rodiče.

Možnosti f) a g), tedy ideální postupy řešení takové situace (důvody popsány v kapitole 4.2.1.), zvolilo u odpovědi f) 20 rodičů, u odpovědi g) 22 rodičů. Z celkového počtu by si tedy řešení situace s třídním učitelem zvolilo 10 % mužů a 25 % žen. Obsáhlejší formu s psychologem či výchovným poradcem, si vybralo 3 % mužů a 30 % žen. Vzhledem k tomu, že rodiče mnohdy označili více odpovědí, nejsou tato čísla relevantní, protože neoznačují skutečně správně zvolené odpovědi. Pokud se na tuto skutečnost zaměříme, zjistíme, že ze sta rodičů by pouze 14 % zvolilo správný postup, 28 % by zvolilo kombinaci správného a špatného postupu a celých 58 % by se rozhodlo špatně.

Graf č. 8 Řešení šikany, správnost odpovědí

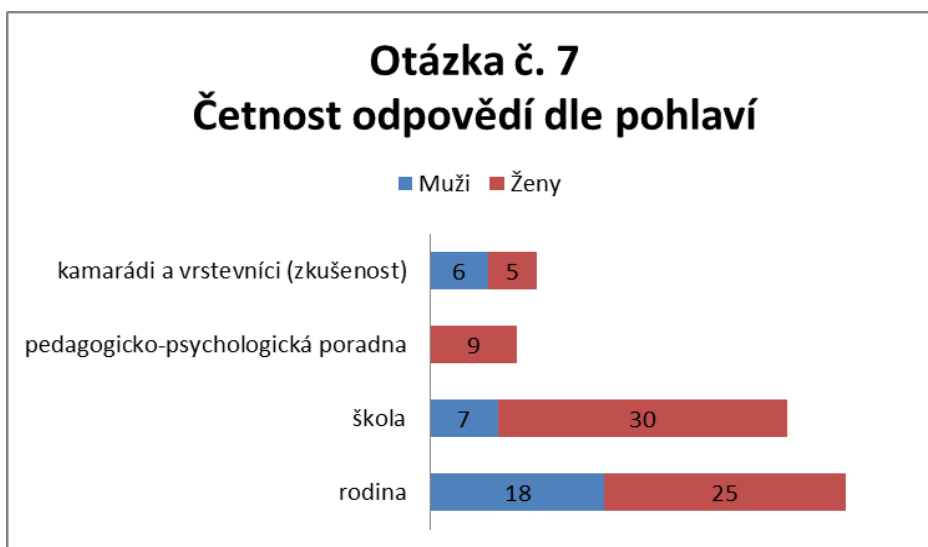


Zdroj: vlastní zpracování

7. Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás mají nejzásadnější roli při informování Vašeho dítěte o rizikovém chování.

Přestože otázka přímo vybízela k zakroužkování více možností, všichni rodiče zakroužkovali pouze jednu. Tato otázka měla zjišťovat povědomí rodičů o problematice rizikového chování dle kapitoly 4.2, ale vzhledem k tomu, že rodiče zvolili vždy právě jednu možnost, nelze výsledky v tomto smyslu využít.

Graf č. 9 Informování dítěte, rozdělení dle pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce rodičů si vybralo možnost *rodina* (43 %), *škola* získala 37 %, *pedagogicko-psychologická poradna* 9 % (tuto možnost si vybraly pouze ženy) a *vrstevníkům a kamarádům* připadlo 11 %.

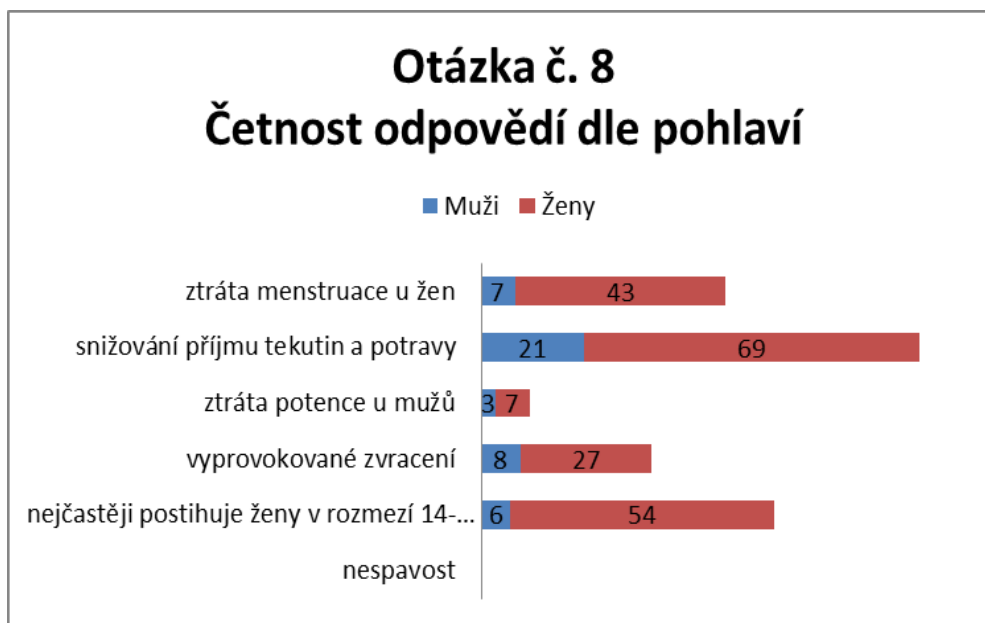
8. Zakroužkujte prosím ty možnosti, které se dle Vašeho názoru týkají mentální anorexie.

Tato otázka měla celkem devět možností, z nichž šest se přímo týkalo mentální anorexie. Zbylé tři možnosti patřily k mentální bulimii. Cílem této otázky tedy bylo zjistit, kolik rodičů dokáže správně určit projevy mentální anorexie bez toho, aby zvolili i příznaky bulimie a prokázali tak, že od sebe obě poruchy příjmu potravy dokáží odlišit.

Rodiče si byli nejvíce jisti možností, která označovala základní rys mentální anorexie, tedy *snižování příjmu tekutin a potravy* (90 %). Tuto možnost správně zvolilo 68 % mužů a dokonce 100 % žen. Další odpověď, která získala nadpoloviční většinu, byla možnost: *nejčastěji postihuje ženy v rozmezí 14-18 let*. Tu zaškrtno 60 % respondentů, 19% mužů a 78% žen. Přesně na hranici padesáti procent se ocitla možnost *ztráta menstruace u žen*, kterou vybralo 23 % mužů a 62 % žen. Následující možnosti už měly sestupnou tendenci, což se dalo předpokládat. *Vyprovokované zvracení* označilo 35 %

rodičů. Menší procento, můžeme přikládat tomu, že zvracení bývá obvykle spojováno s bulimií, přesto se týká i anorexie a to s jedním rozdílem- u anorexie nepředchází zvracení samotnému přejídání. To, že možnost *ztráta potence u mužů*, bude mít taktéž menší zastoupení, bylo očekáváno, zvláště z toho důvodu, že poruchy příjmu potravy jsou dosud společností vnímány jako čistě ženská záležitost. Šestou správnou odpovědí byla *nespavost* a tu nevolil vůbec nikdo. Těžko zhodnotit proč tomu tak je, nabízí se odpověď, že většina lidí předpokládá, že pokud člověk nepřijímá dostatečné množství potravy, bude logicky unavený. V tomto případě je tomu ale naopak.

Graf č. 10 Příznaky anorexie, odpovědi dle pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

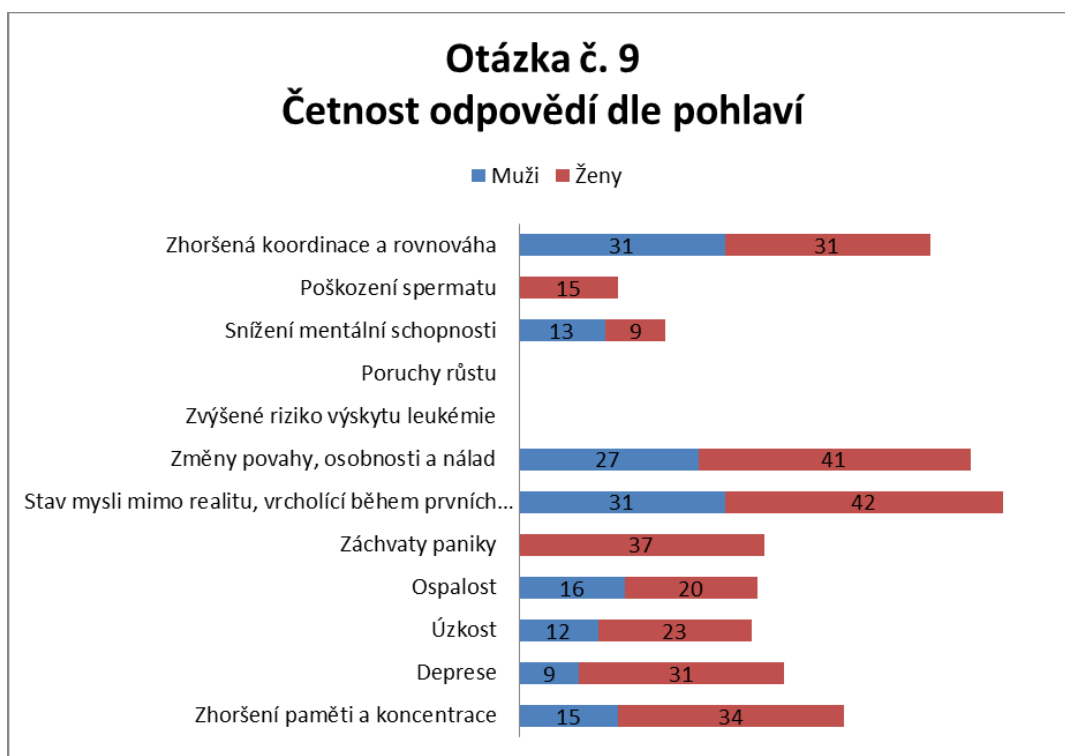
Podobně jako u otázky č. 6 je nutné přihlédnout k tomu, že výše uvedená procenta jsou orientační v tom smyslu, že ne všichni rodiče vybrali pouze správné odpovědi. Po odstranění odpovědí rodičů s kombinacemi správných a špatných odpovědí, dojdeme k tomu, že při absenci jakýchkoli chybných kombinací odpovědělo správně pouze 58% rodičů. Ani toto číslo však není příliš relevantní a neukazuje na vyšší úroveň znalosti této problematiky. Je to z toho důvodu, že celých 82 % z tohoto počtu označilo nejvýše tři ze šesti správných odpovědí. Pokud toto zohledníme, zjistíme, že pouze 8 % ze všech dotazovaných projevuje hlubší znalost problematiky poruch příjmu potravy.

9. Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás souvisí s užíváním marihuany.

U této otázky bylo opět možno zaškrtnout všechny odpovědi, stejně jako u otázek č. 4 a č. 5. Mezi možnostmi byly uvedeny jednak projevy, které se objevují bezprostředně po užití marihuany, ale také zdravotní komplikace spojované s dlouhodobým užíváním této látky.

Z celkem dvanácti možných odpovědí, byly pouze tři zvoleny nadpoloviční většinou. Možnost *f) Stav mysli mimo realitu vrcholící během prvních 30 min*, získala 73 % (zvolilo 100 % mužů a 61 % žen). Odpověď *g) Změny povahy, osobnosti a nálad* zvolilo 68 % a možnost *l) Zhoršená koordinace a rovnováha*, zvolilo 62 % ze všech dotazovaných. Naproti tomu odpovědi *h) Zvýšené riziko výskytu leukémie* a *j) Poruchy růstu*, nezvolil ani jeden z respondentů. Zajímavé je i rozložení ženských a mužských odpovědí. Všichni muži shodně zvolili odpovědi *f) a l)*, zatímco možnosti *e) a k) – tedy Záchvaty paniky a Poškození spermatu-* nezvolili vůbec.

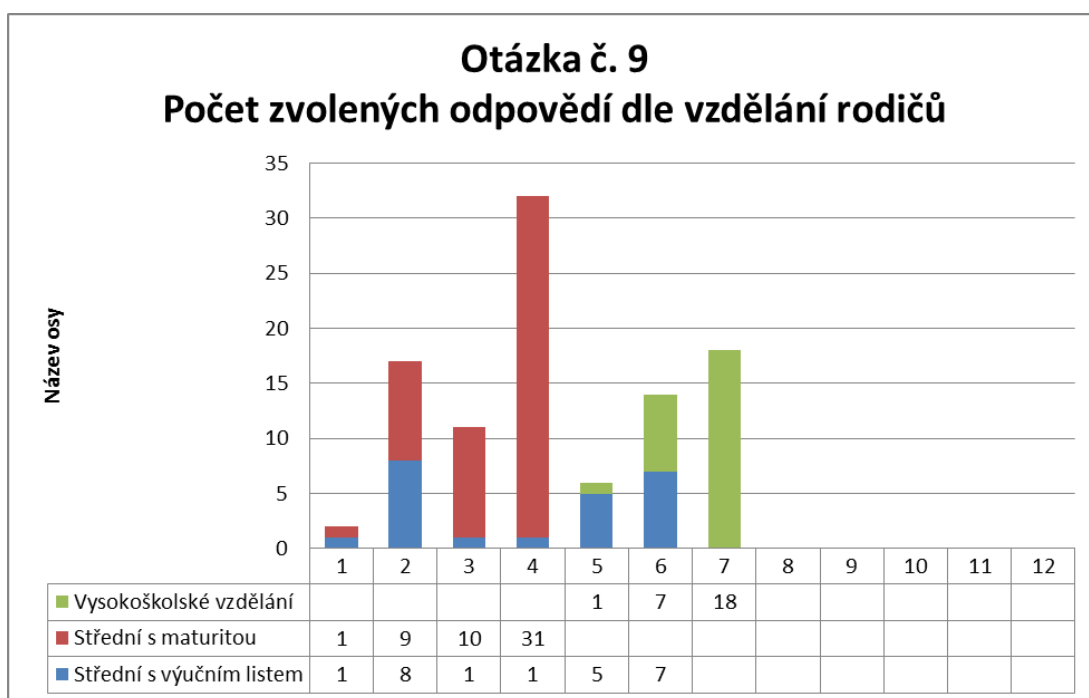
Graf č. 11 Následky užívání marihuany, odpovědi dle pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Opět je porovnáván počet zvolených odpovědí v souvislosti se vzděláním rodičů. Bylo možno zvolit všechny možnosti, přičemž celkový počet, tedy dvanáct, nevybral nikdo. Nejnižší počet zvolených odpovědí byl 1/12 a nejvyšší 7/12. Při porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání a počtu vybraných možností vychází, že rodiče s výučním listem zvolili v průměru čtyři možnosti, rodiče s maturitou tři možnosti a rodiče s vysokoškolským vzděláním sedm.

Graf č. 12 Následky užívání marihuany, odpovědi dle úrovně vzdělání



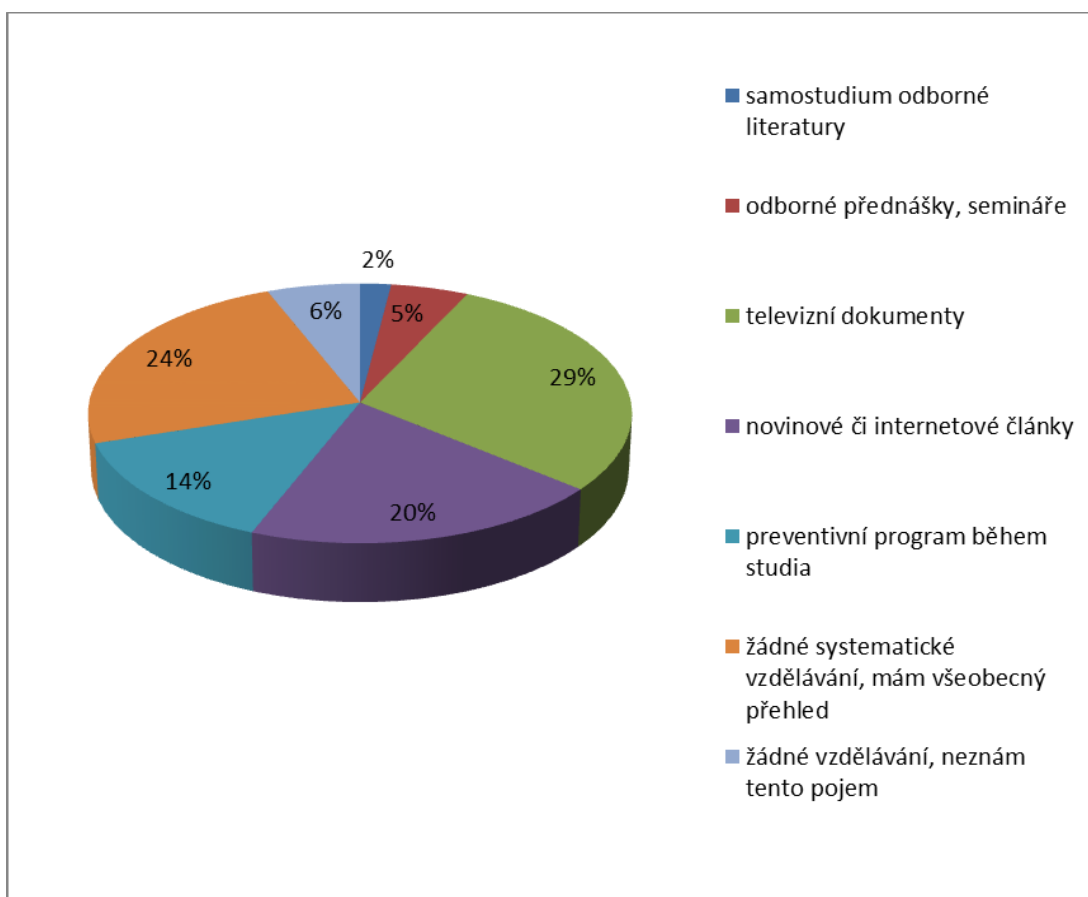
Zdroj: vlastní zpracování

10. Jakým způsobem jste byli Vy sami vzdělávání v oblasti rizikového chování?

Rodiče v této otázce vybírali jednu možnost, a to takovou, která nejlépe odpovídala způsobu, kterým dosud získávali většinu informací o rizikovém chování. Vybírané možnosti byly veskrze vyrovnané, nejvíce rodičů však označilo, že informace získávají hlavně prostřednictvím televizního vysílání, sledováním dokumentů (29 %). Dalšími více zastoupenými zdroji informací byly novinové, popř. internetové články (20 %) a 24 % rodičů uvedlo, že se nijak systematicky nevzdělávají, ale mají dle svého názoru všeobecný přehled o zkoumané problematice. Samostudiu odborné literatury se věnují

pouze 2 % rodičů, odborné přednášky navštěvuje, či navštívilo 5 % rodičů a nějakou formou prevence rizikového chování v rámci studia prošlo 14 % rodičů. Pouze 6 % rodičů uvedlo, že nemají v tomto směru žádné vzdělání a s pojmem rizikové chování se setkávají poprvé.

Graf č. 13 Získávání informací o rizikovém chování



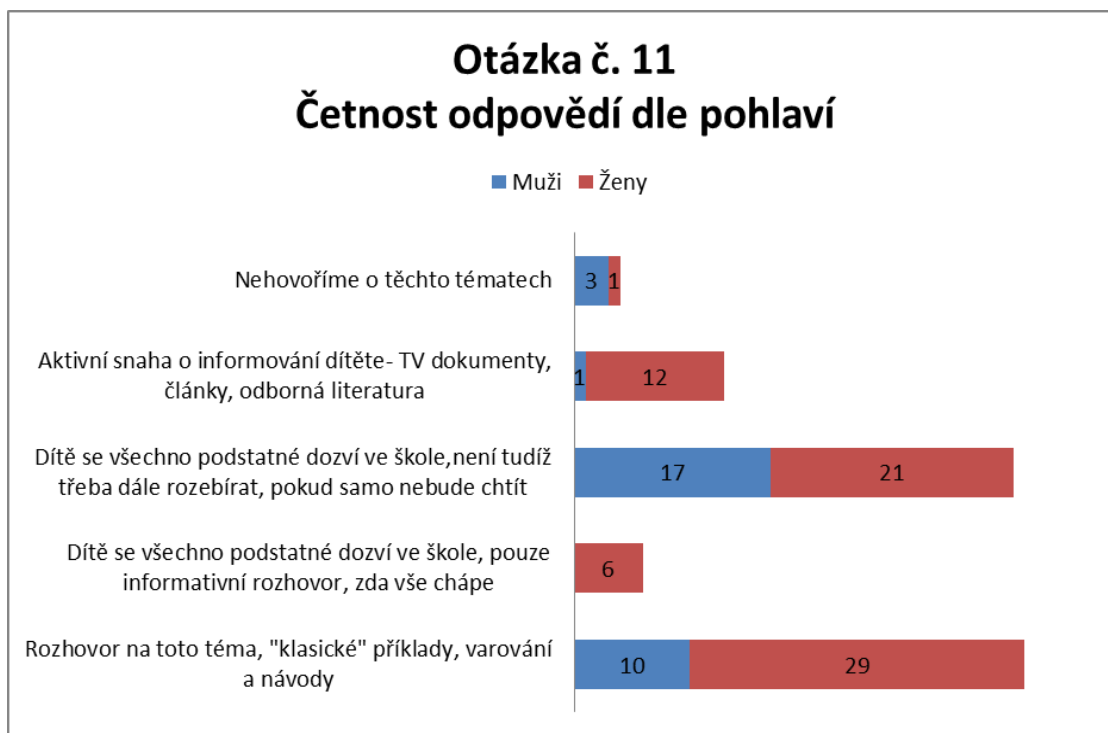
Zdroj: vlastní zpracování

11. Rizikové chování: Jakým způsobem přistupujete ve vztahu k Vašemu dítěti k tomuto problému?

Tato otázka měla zjistit, jakým způsobem rodiče přistupují ke vzdělávání svých dětí v problematice rizikového chování. V dotazníku bylo navrženo pět možností, ze kterých si rodiče měli vybrat, byl ale ponechán prostor pro dopsání vlastní odpovědi, tuto možnost však nikdo z rodičů nevyužil.

Stejně jako v předchozí otázce, žádná z možností nezískala jednoznačnou převahu. Nejvíce rodičů uvedlo, že se svým dítětem o této problematice hovoří a předkládají „klasické“ příklady, varování a návody (39 %). Pouze o procento méně, tedy 38 % rodičů uvedlo, že s dítětem tuto problematiku nerozebírá, protože se dítě vše podstatné dozví ve škole a rozhovor na toto téma proběhne jen tehdy, když dítě projeví iniciativu nebo potřebuje něco dovysvětlit. Pouze 6 % rodičů, které tvoří výlučně ženy, uvedlo, že s dětmi rozebírají to, co se o rizikovém chování dověděly ve škole, aby se ujistily, že děti vše správně pochopily. Jen čtyři procenta- z toho tři procenta tvoří muži- si zvolila tu možnost, která vyjadřuje, že na toto téma se svými dětmi nemluví vůbec.

Graf č. 14 Individuální informování dítěte, odpovědi dle pohlaví

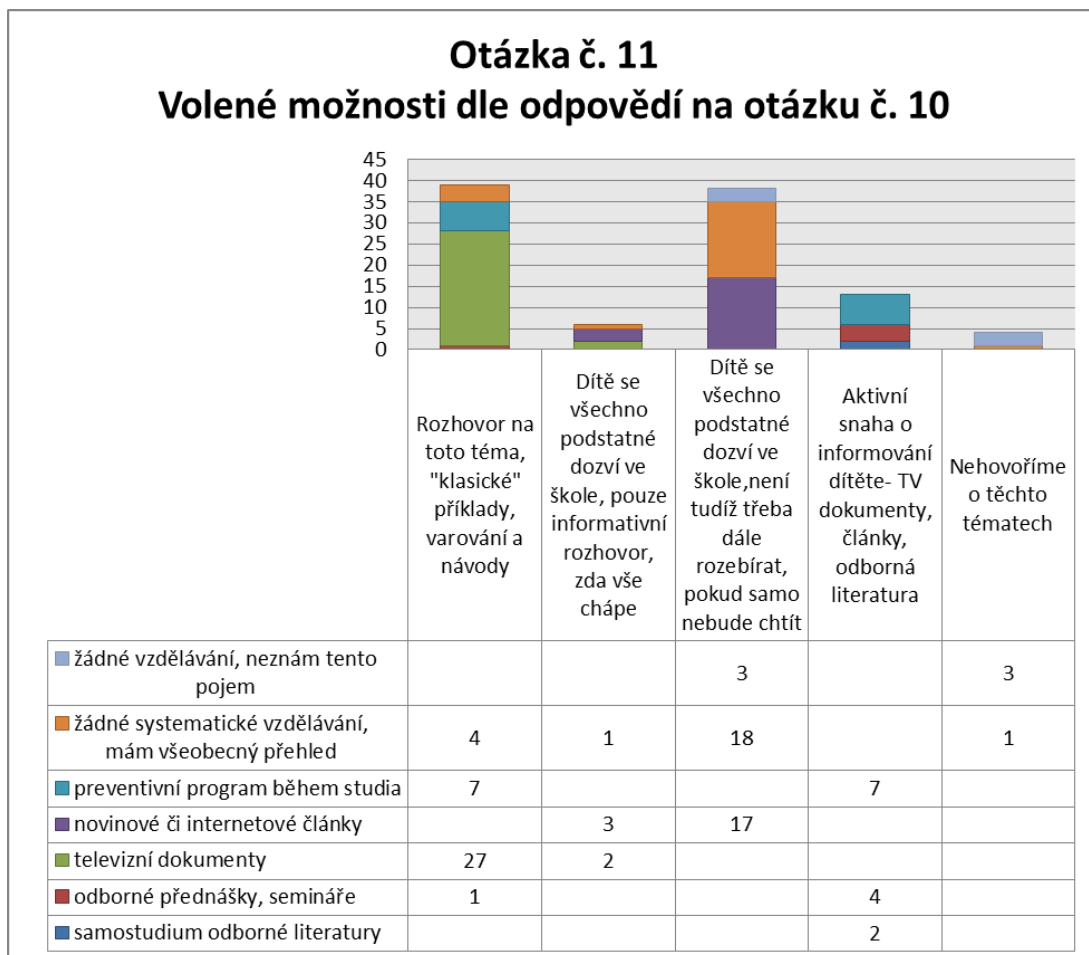


Zdroj: vlastní zpracování

Po porovnání s výsledky otázky č. 10 je patrné, že rodiče, kteří se v problematice rizikového chování nijak nevzdělávali a rodiče, kteří informace získávají většinou z novinových, či internetových článků, se svým dítětem o těchto tématech převážně nemluví, pokud nejsou dítětem vyzváni. Rodiče, kteří informace získávají prostřednictvím televizního vysílání, tyto informace dále zprostředkovávají svým dětem, ve snaze je

varovat a odradit od rizikového chování nějakým příkladem. Rodiče, kteří uvedli, že se snaží dítě aktivně vzdělávat v této problematice, jsou ti, kteří v předchozí otázce uvedli, že se jim dostalo nějaké formy odborného vzdělávání.

Graf č. 15 Individuální informování dítěte, odpovědi dle otázky č.10



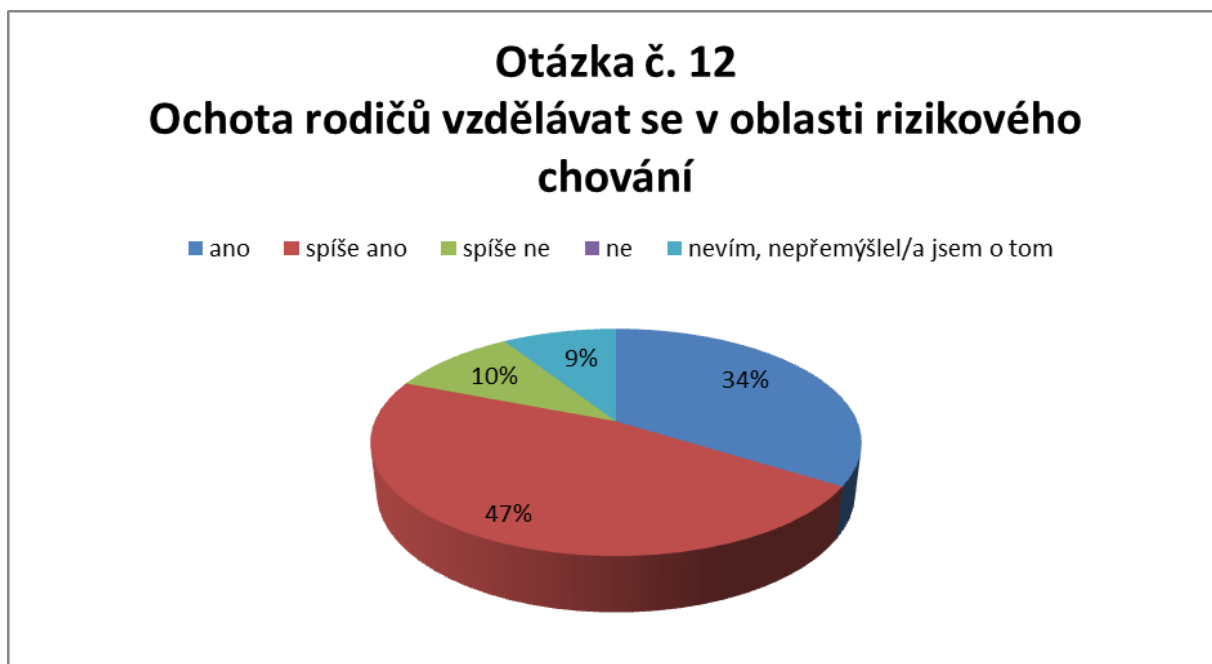
Zdroj: vlastní zpracování

12. Pokud by škola, kterou navštěvuje Vaše dítě, poskytovala možnost vzdělávání v problematice rizikového chování pro dospělé, byli byste ochotni spolupracovat se školou při prevenci rizikového chování svým vlastním zapojením do vzdělávacího procesu?

Tato otázka měla zjistit stanovisko rodičů vůči vzdělávání v oblasti rizikového chování. Bylo dáno pět možností výběru a rodiče měli svou odpověď zdůvodnit. Nejvíce rodičů (47 %) uvedlo, že pokud by měli možnost vzdělávat se v této oblasti,

pravděpodobně by ji přijalo. Druhou nejvíce vybíranou odpovědí byla možnost, kdy rodiče vyjádřili, že by se do vzdělávacího procesu zapojili určitě (34 %). Pouze 10 % rodičů uvedlo, že by se spíše nezúčastnilo a 9 % odpovědělo, že o takové situaci nikdy nepřemýšlelo a neví proto, jak se rozhodnout.

Graf č. 16 Ochota rodičů vzdělávat se v problematice rizikového chování

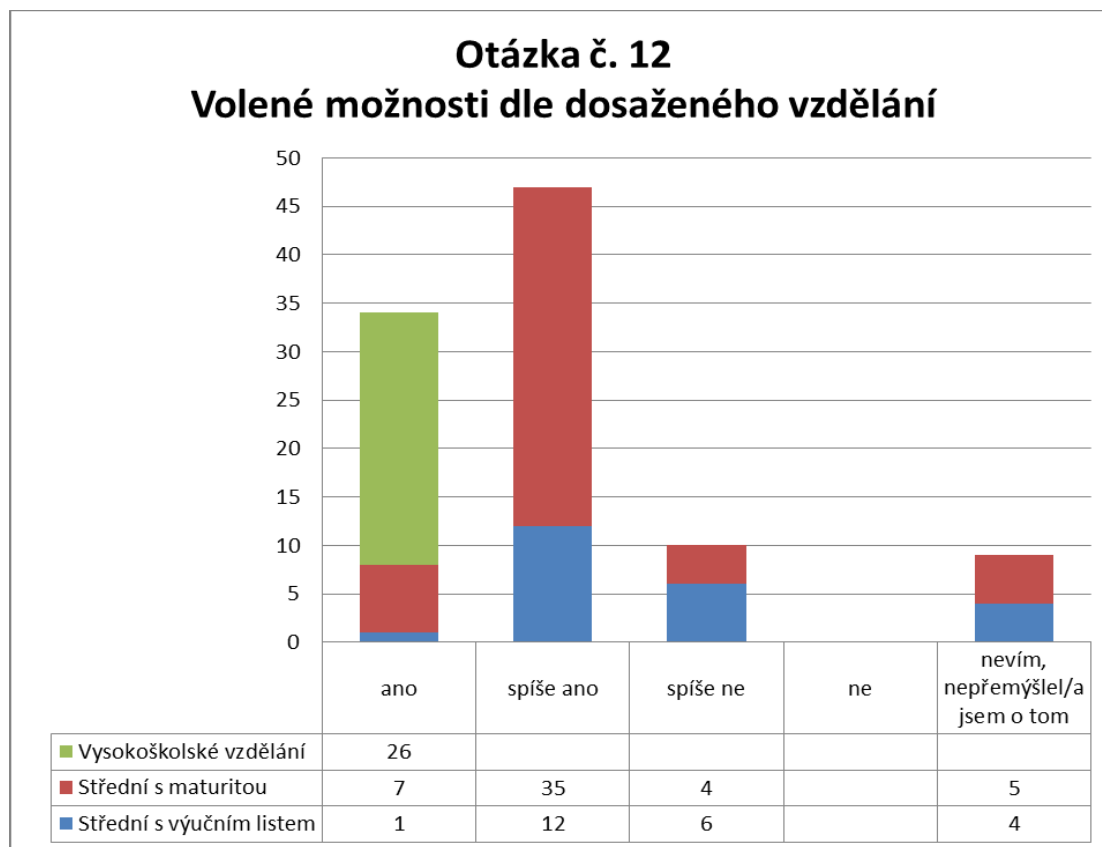


Zdroj: vlastní zpracování

Porovnáním získaných odpovědí a nejvyššího dosaženého vzdělání rodičů zjistíme, že vysokoškolsky vzdělaní rodiče by se jednoznačně zapojili do vzdělávacího procesu, rodiče s maturitním vzděláním též, ale nejsou si už tak jisti a rodiče s výučním listem nejsou v názoru na vzdělávání v problematice rizikového chování jednotní.

Svou odpověď odůvodnilo pouze jedenáct rodičů. Tyto odpovědi by se daly shrnout v tom smyslu, že rodičům připadá důležité dozvědět se něco nového, popř. ujistit se ve svých vlastních znalostech. Další odpovídali, že jde o jejich dítě a proto by se měli informovat o tom co mu hrozí. Pouze jeden rodič odpověděl, že nechápe jak by něco takového mohlo pomoci.

Graf č. 17 Ochota rodičů vzdělávat se v oblasti rizikového chování, odpovědi dle vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

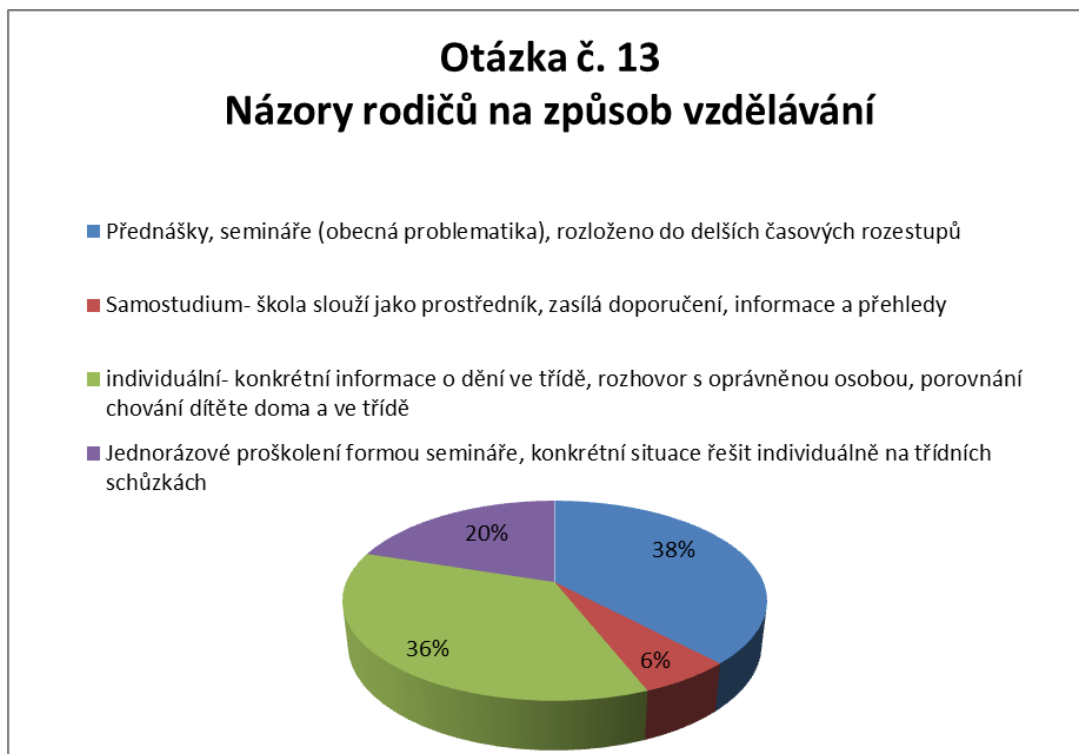
13. V případě navázání spolupráce se školou, která by vzdělávání v oblasti rizikového chování organizovala, o co byste měli největší zájem?

V této otázce si mohli rodiče vybrat, jaký způsob vzdělávání by jim vyhovoval a zároveň jaká by měla být úloha školy v rámci jejich vzdělávání. Byly dány čtyři možnosti, ze kterých bylo možno vybírat a zároveň možnost pátá, kam rodiče mohli dopsat své vlastní názory. Tuto možnost si opět nevybral nikdo.

Rodiče volili z přednášek a seminářů, individuálních setkání i samostudia, kde by škola sloužila jako prostředník zasílající doporučení, informace a přehledy. Nejvíce rodičů si vybralo přednášky a semináře, kde by byla probrána obecná problematika a přednášky by byly rozloženy do větších časových rozestupů (38 %). Druhou nejvíce vybranou odpovědí (36 %) byla individuální setkání rodiče s oprávněnou osobou, kde by se dalo porovnat chování dítěte ve škole a doma a zároveň by rodič získal konkrétní informace

o dění ve třídě. Jednorázové proškolení formou semináře si vybralo 20 % rodičů s tím, že konkrétní situace chtějí řešit na třídních schůzkách. Nejmenší zájem byl o výše zmiňovanou formu samostudia, kterou si vybralo pouze 6 % rodičů.

Graf č. 18 Názory rodičů na způsob vzdělávání



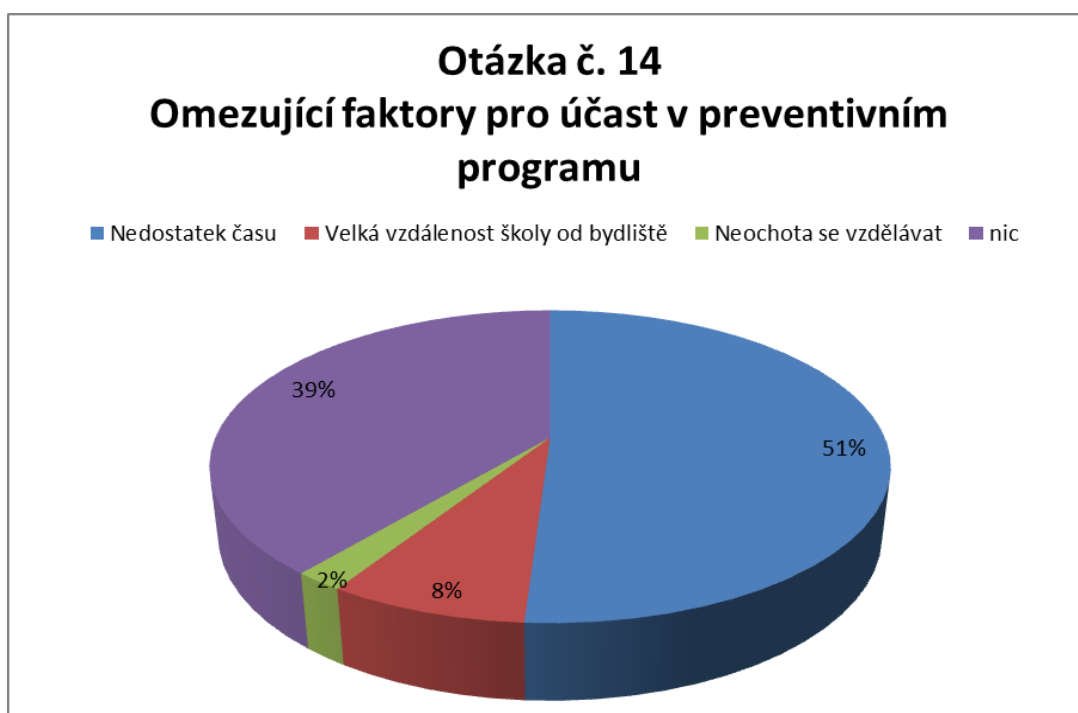
Zdroj: vlastní zpracování

14. Co by pro Vás bylo v případě Vaší účasti v preventivním programu (viz. Otázky 11 a 12) omezujícím faktorem?

Pro vytvoření návrhu spolupráce mezi školou a rodiči bylo nutné zjistit, čím by byli rodiče omezováni při eventuálním zapojením do vzdělávání v oblasti rizikového chování. Byly proto nabídnuty tři možnosti nejpravděpodobnějších omezujících faktorů, čtvrtá byla doplňovací pro případ, že by si rodiče nevybrali a pátá označovala, že rodiče nemají žádný důvod, který by jim mohl v případném vzdělávání bránit. Většina rodičů (51 %) uvedla, že je limituje nedostatek času.

Pro 8 % rodičů je škola příliš vzdálena od místa bydliště a pouze dvě procenta uvedla, že je pro ně omezujícím faktorem pro účast ve vzdělávání samotná neochota se vzdělávat. Velmi překvapující je také to, že 39 % rodičů uvedlo, že nevidí nic, co by jim bránilo účastnit se případného vzdělávání. Pouze čtyři rodiče uvedli vlastní důvody. Konkrétně to byli tři rodiče, kteří uvedli péči o malé dítě a jeden rodič se sníženou pohyblivostí. Tito rodiče si také vybrali z předchozích odpovědí, proto jejich dopisované odpovědi uvádím jako samostatnou kategorii.

Graf č. 19 Omezující faktory



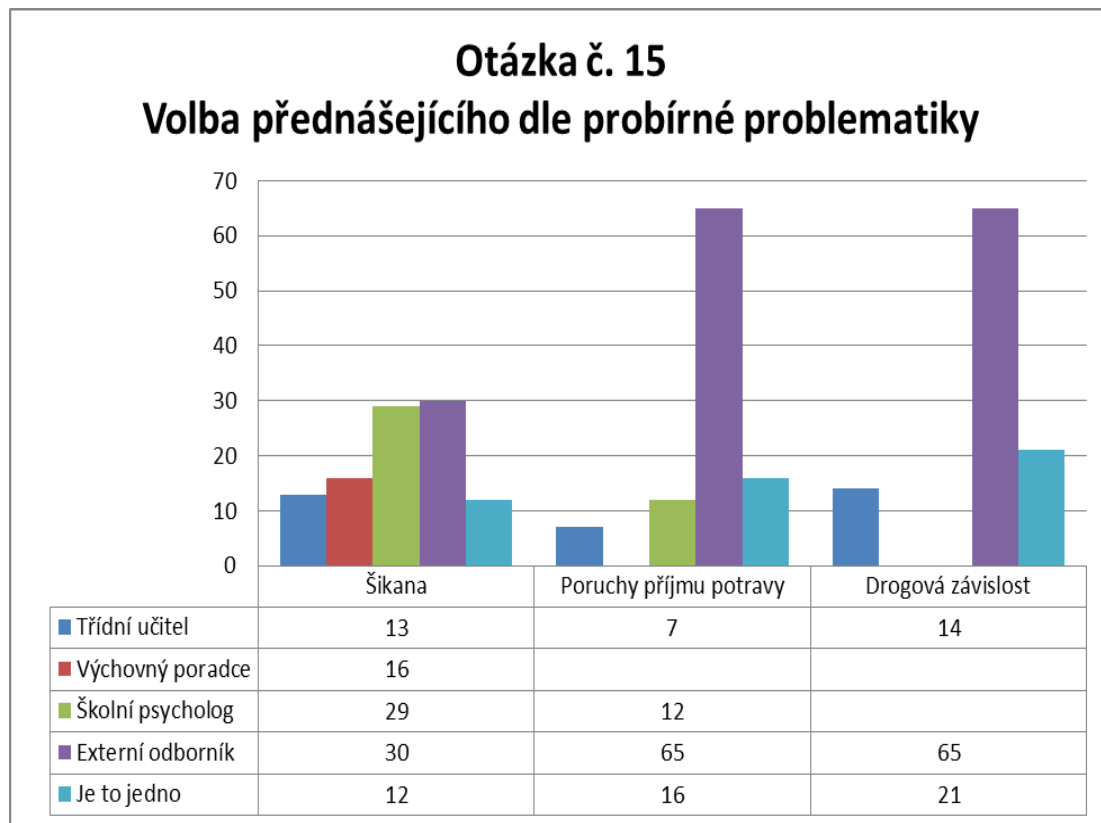
Zdroj: vlastní zpracování

15. V případě přednášek a seminářů, kdo by Vám měl přednášet?

V této otázce si mohli rodiče vybrat, kdo by jim dle jejich názoru měl předávat poznatky o problematice rizikového chování. Své odpovědi měli vztahovat ke třem tématům z oblasti rizikového vzdělávání- šikaně, poruchám příjmu potravy a drogové závislosti. V případě poruch příjmu potravy a problematiky drogové závislosti se více než polovina rodičů (65 %) shodla, že by upřednostnili externího odborníka, před

zaměstnanci školy. V případě šikany už to tak jednoznačné není, externího odborníka by chtělo 30 % rodičů, kdežto školnímu psychologovi by dalo přednost 29% rodičů.

Graf č. 20 Výběr přednášejících

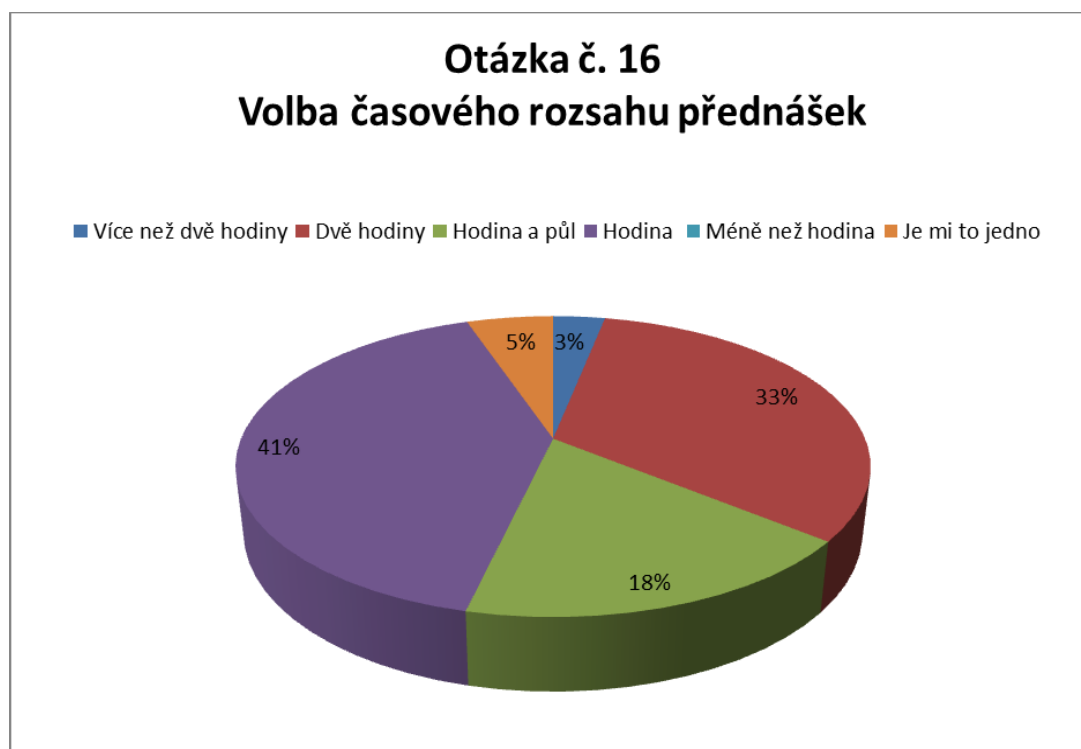


Zdroj: vlastní zpracování

16. V případě přednášek a seminářů, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval?

V této otázce si rodiče mohli vybrat ze šesti možností. Pět z nich označovalo časový úsek, který by rodiče uvítali pro přednášku či seminář. Šestá možnost byla určena pro ty, kteří nemají jasnou časovou představu nebo jim nezáleží na tom, jak dlouho bude přednáška trvat.

Graf č. 21 Časová dotace přednášek



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu vyplývá, že nejdelší časový úsek, tj. více jak dvě hodiny, si vybrala pouze tři procenta respondentů. Nejvíce rodičů zvolilo 60 minut (39 %), druhá nejčastější varianta byla 120 minut (31 %). Hodinu a půl si vybralo 17 %, méně než hodinu nikdo a pěti procent rodičů je jedno, jak dlouhá přednáška či seminář bude.

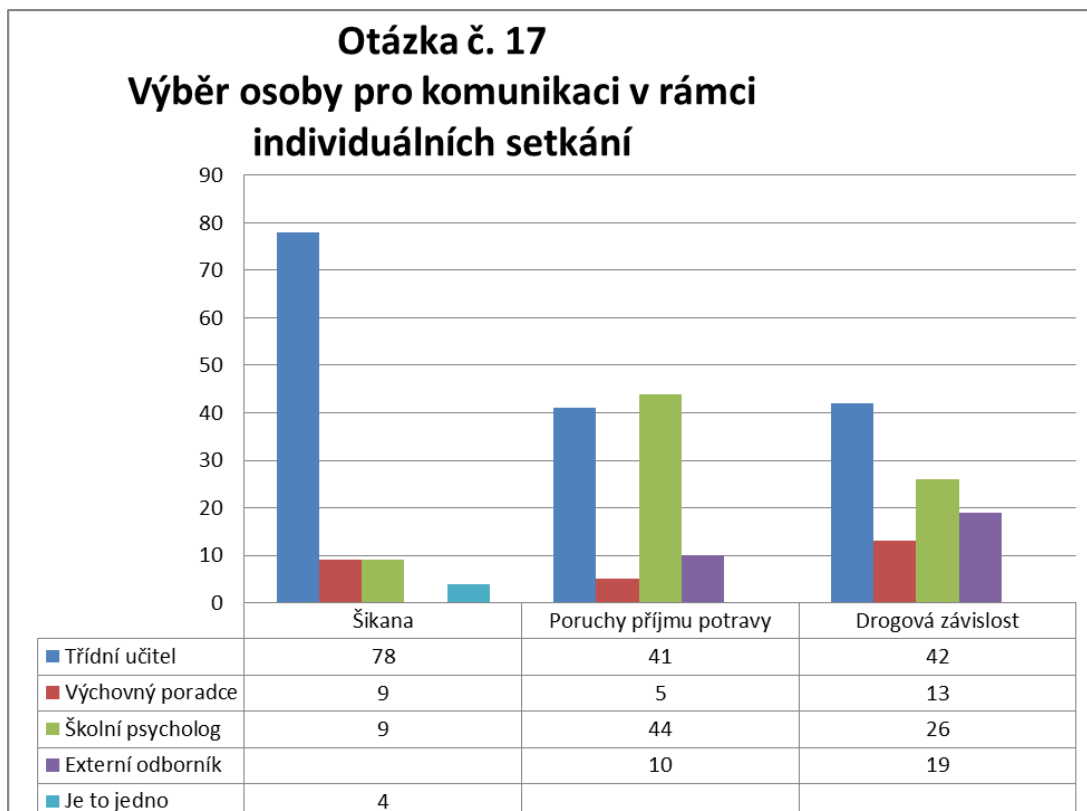
17. V případě individuálních setkání- rozhovor o situaci ve třídě, řešení varovných příznaků atd. – s kým byste měli komunikovat?

V tomto případě měli rodiče opět vybrat z nabízených možností, tentokrát ale pro případ individuálního rozhovoru, s kým by měli komunikovat a řešit věci spojené konkrétně s jejich dítětem- to znamená probrat chování dítěte ve třídě, zda jedna nebo druhá strana nepozoruje nějaké varovné signály v souvislosti s rizikovým chováním atd.

Výběr rodičů byl rozmanitější než v případě přednášek. V případě šikany, jejich projevů atd. dali rodiče jasně najevo, že by si přáli tuto záležitost řešit s třídním učitelem

(78 %). U poruch příjmu potravy zastává třídní učitel opět silnou pozici (41 %), ale školního psychologa vybralo o tři procenta více rodičů- tedy 44 %. V záležitostech spojených s drogovou závislostí by si opět největší procento rodičů přálo komunikovat s třídním učitelem (42 %), ale své zastoupení tu mají celkem vyrovnaně i ostatní možnosti- školní psycholog (26 %), externí odborník (19 %) a výchovný poradce (13 %).

Graf č. 22 Individuální rozhovory, výběr oprávněné osoby



Zdroj: vlastní zpracování

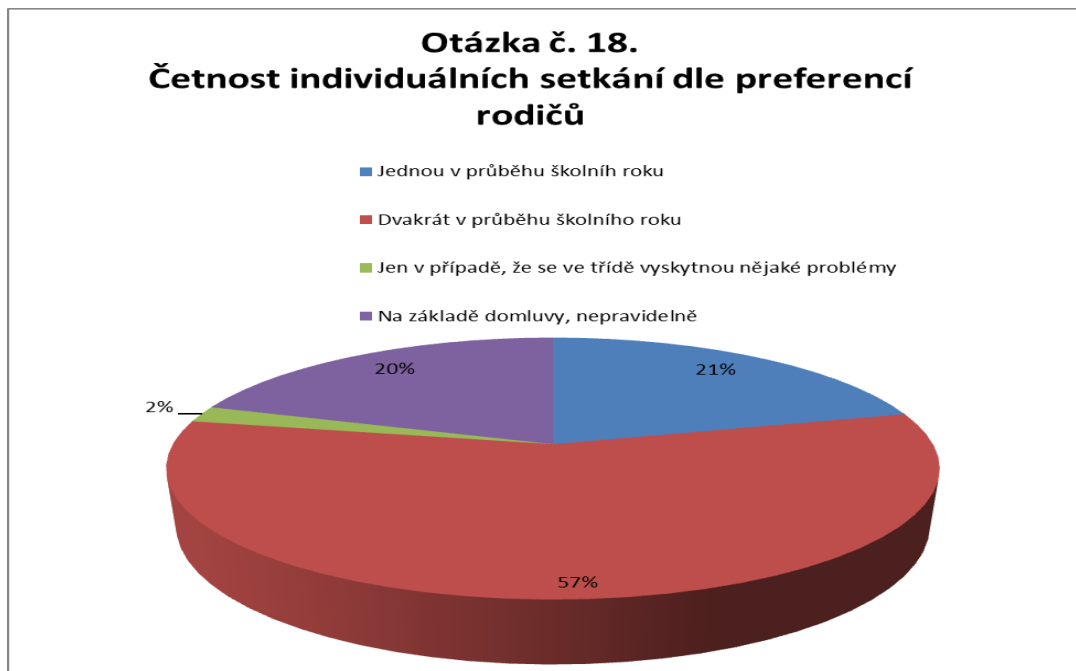
18. V případě individuálních setkání, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval?

V rámci této otázky měli rodiče zvolit jednak časový úsek, v rámci kterého by měl rozhovor probíhat, ale také jak často by se takové individuální setkání mělo konat.

Nejčastěji rodiče vybírali, že by se setkání měla uskutečnit dvakrát do roka (57 %). Nejméně rodičů zvolilo setkání pouze v případě, že se ve třídě vyskytnou nějaké problémy (2 %), možnosti zbývající byly skoro vyrovnané- jednou v průběhu školního

roku by rozhovor s oprávněnou osobou uvítalo 21 % rodičů a setkání na základě domluvy a nepravidelně zvolilo 20 % rodičů.

Graf č. 23 Časová dotace individuálních setkání



Zdroj: vlastní zpracování

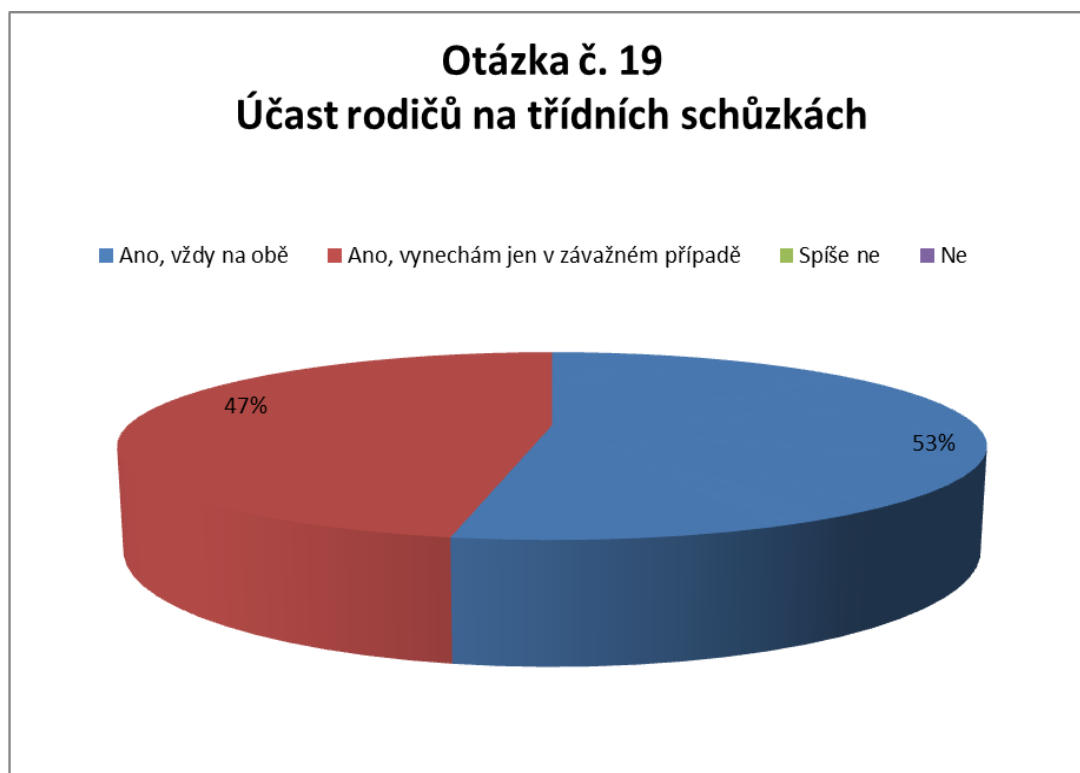
Výběr časového úseku pak byl velice vyrovnaný. Nejvíce rodičů zvolilo krátký, patnáctiminutový rozhovor (32 %), o procento méně, tedy 31 % procent rodičů vybralo rozhovor o délce třicet minut. Tři čtvrtě hodiny si vybralo dvacet procent rodičů a hodinový sedmnáct procent. Nejčastější volenou kombinací pak byla varianta dvakrát ročně, patnáct až třicet minut.

19. Chodíte pravidelně na obě třídní schůzky během školního roku?

Tato otázka byla velice důležitá pro tvorbu systému spolupráce. Účast rodičů na třídních schůzkách je klíčová pro naplánování vzdělávání rodičů v oblasti rizikového chování. Rodiče zde vyjadřovali účast svou, či druhého zákonného zástupce na třídních schůzkách. Všichni rodiče uvedli, že na třídní schůzky chodí pravidelně (53 %) anebo vynechají jen v závažném případě (47 %). Rodiče měli svou odpověď také zdůvodnit, čehož využilo patnáct rodičů. Jejich odpovědi v menších obměnách vyjadřovaly, že je

důležité se informovat, jak tráví jejich dítě většinu času, že třídní schůzky jsou jedinou příležitostí pro získání objektivních informací nebo jim účast na třídních schůzkách připadá jako samozřejmost.

Graf č. 24 Účast rodičů na třídních schůzkách

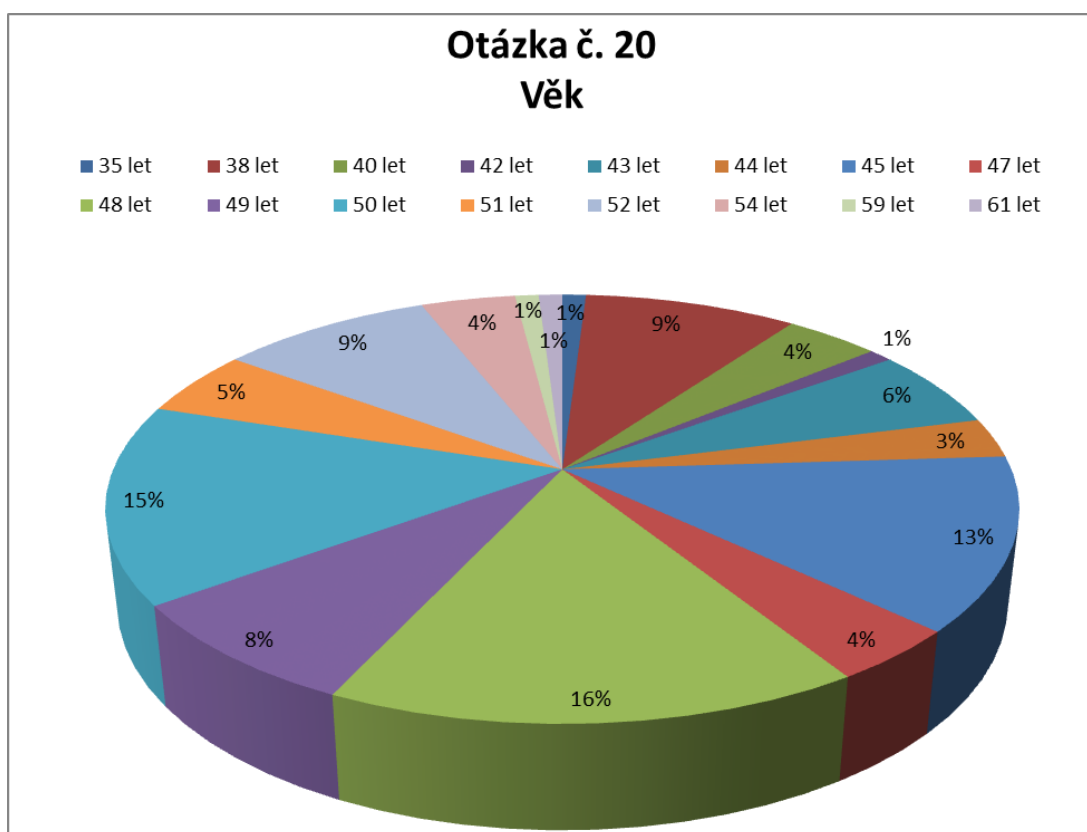


Zdroj: vlastní zpracování

20. Kolik je Vám let?

Věk rodičů, kteří vyplnili dotazník, se pohyboval mezi třicátým pátým a šedesátým prvním rokem včetně. Nejvíce byla zastoupena skupina rodičů ve věku čtyřicet osm let (16 %). Výrazné zastoupení měli také padesátníci (15 %) a rodiče ve věku čtyřicet pět let (13 %). Tato otázka měla původně sloužit ke konkretizaci předchozích otázek a poukázat na případné odchylky ve vnímání zkoumané problematiky na základě věku, bohužel tento předpoklad nevyšel a v odpovědích rodičů nebyly pozorovány výraznější tendence, které by ukazovaly na to, že by rodiče některé věkové skupiny odpovídali shodně.

Graf č. 25 Rozdělení respondentů dle věku



Zdroj: vlastní zpracování

5.5 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1: Většina vysokoškolsky vzdělaných rodičů je nakloněna možnosti vzdělávání v oblasti rizikového chování.

Hypotéza potvrzena. Z celkového počtu sta rodičů, bylo 26 vysokoškolsky vzděláno a všichni uvedli, že by se rozhodně vzdělávání v oblasti rizikového chování zúčastnili.

Hypotéza č. 2: Rodiče, kteří nebyli odborně vzdělávání v oblasti rizikového chování, nepovažují za nutné individuálně vzdělávat své děti v této oblasti.

Hypotéza potvrzena. Z celkového počtu sta rodičů jich 79 % uvedlo, že nebyli nijak vzdělávání v problematice rizikového chování, popř. veškeré informace získávají pouze ze sdělovacích prostředků. Z tohoto počtu jich pak 53 % uvedlo, že s dětmi o této problematice hovoří pouze v případě, že dítě samotné projeví iniciativu nebo o tomto tématu nemluví vůbec.

Hypotéza č. 3: Vysokoškolsky vzdělaní rodiče projevují hlubší obeznámenost s problematikou rizikového chování, než rodiče se středoškolským vzděláním.

Hypotéza potvrzena. Podklady pro ověření této hypotézy vychází z výsledků otázek č.4 až č.9 (Počet zvolených odpovědí dle vzdělání rodičů). Rodiče s vysokoškolským vzděláním vždy vybírali největší objem z možných správných odpovědí a průměrné množství zvolených odpovědí bylo také vždy vyšší než u středoškolsky vzdělaných rodičů.

5.6 Návrh systému spolupráce

Na základě výše uvedených výsledků jsem zjistila, že většina rodičů je vzdělávání v problematice rizikového chování nakloněna. Rodiče už však nezastávají jednotný názor v tom, jakým způsobem by měla spolupráce se školou probíhat- někteří rodiče upřednostňují odborné vzdělávání formou přednášek a seminářů, jiní se domnívají, že preventivní funkci lépe splní individuální setkání s oprávněnou osobou.

Více než polovina dotázaných rodičů také uvedla, že omezujícím faktorem, který by jim případně mohl zabránit v zapojení se do vzdělávacího procesu, je nedostatek času. To se projevilo nejen na výběru časového rozložení, ale také na samotných způsobech realizace vzdělávání, které byly vybírány. Zatímco získání teoretických znalostí formou semináře, či přednášky, jsou rodiče ochotni věnovat větší časový úsek, individuálním setkáním, které by plnily preventivní a informační funkci, byl vybrán mnohem menší časový prostor. V souvislosti s tím je také nutné zohlednit, že rodiče v případě odborných přednášek dávají přednost buďto větším časovým rozstupům před uskutečněním další přednášky nebo by jim vyhovovalo jednorázové proškolení s delší časovou dotací, kdežto individuální setkání by se měla dle rodičů konat častěji.

S ohledem na výsledky dotazníkového šetření, by tedy spolupráce rodiny a školy měla probíhat oběma způsoby- přednáškami, kde rodiče získají přehled o problematice rizikového chování celkově, ale i formou setkání rodiče s oprávněnou osobou, kde by měly mít obě strany možnost rozebrat chování dítěte ve škole i doma a ujistit se, že je vše v pořádku. Prakticky by tento systém mohl vypadat tak, že by si při informativní schůzce při nástupu dítěte na střední školu rodiče vybrali, zda by jim vyhovovalo jednorázové proškolení sloučené do většího časového bloku nebo zda by dali přednost přednáškám, rozděleným podle jednotlivých témat a zařazeným do programu třídních schůzek. Z odpovědí rodičů vyplynulo, že časová dotace jednotlivých přednášek by se měla pohybovat kolem hodiny a půl (nejčastěji volenými odpověďmi byla hodina a dvě hodiny).

V této souvislosti by se mohlo zdát, že by třídní schůzka byla až příliš dlouhá, ale není tomu tak. V souladu se zaměřením práce předpokládejme, že by se měly uskutečnit tři přednášky na téma šikany, poruch příjmu potravy a drogové závislosti. Celkem tedy třikrát hodina a půl. Přednášky by byly upraveny svým obsahem tak, aby z nich rodiče získali

ucelený přehled o dané problematice a zároveň kladly důraz na projevy a signály související s tématem tak, aby rodiče měli reálnou šanci využít získané poznatky v praxi. Proškolení touto formou by se tedy týkalo tří třídních schůzek z osmi, které rodiče absolvují v rámci čtyřletého působení dítěte na střední škole. Zároveň je nutné zohlednit, že kromě klasických třídních schůzek by probíhala i individuální setkání, dvakrát v průběhu školního roku o časové dotaci cca dvacet minut na žáka (nejčastěji volenými byly časy 15 a 30 min), kde by rodiče, krom preventivního a kontrolního rozhovoru s třídním učitelem, měli možnost probrat výsledky a prospěch dítěte. Samotný obsah třídních schůzek by tedy v ideálním případě sestával pouze z informování rodičů o celkovém prospěchu (minimální časová prodleva, rodičům je rozdán soupis známek podle jednotlivých předmětů, které dítěti vycházejí) a z předání informací týkajících se celé třídy.

Jak už jsem naznačila, individuální setkání by měla probíhat dvakrát ročně a měla by mít svým způsobem kontrolní charakter. Při počtu třiceti žáků na třídu se tato setkání dají zvládnout během čtrnácti dnů s tím, že osoba vedoucí rozhovor s rodičem každý den provede tři rozhovory o celkové časové dotaci cca 60-ti minut během odpoledních, či večerních hodin. Rodiče by byli informováni o chování dítěte ve třídě, byly by zmíněny případné odchylky od dosavadního chování či prospěchu a rodič by se zároveň mohl informovat o tom, jak se liší chování dítěte ve škole a doma, pokud by měl pocit, že vše není úplně v pořádku. V případě, že by ze strany rodiče či školy vyvstalo podezření, že se dítě projevuje způsobem, který by naznačoval souvislost s rizikovým chováním, je tato situace sdělena v soukromí, nikoli před všemi rodiči na třídních schůzkách, což do značné míry podporuje vztah a důvěru mezi rodičem a třídním učitelem a zároveň tak napomáhá efektivní spolupráci.

Co se týče samotné realizace, tedy toho, kdo by měl rodiče seznamovat s projevy rizikového chování nebo vést rozhovor o konkrétní situaci dítěte, se rodiče vyjádřili následovně:

- V případě přednášek na téma drogové závislosti a poruch příjmu potravy, by přednášejícím měl být externí odborník, u kterého se předpokládá hlubší znalost tématu.
- Přednáška na téma šikany by měla být vedena taktéž externím odborníkem, či školním psychologem.

- V případě, že by ze strany školy či rodiny vyvstalo podezření o tom, že se v souvislosti s dítětem dá hovořit o drogové závislosti či šikaně, rodiče chtějí tuto situaci rozebrat s třídním učitelem.
- V případě projevů poruch příjmu potravy by měl být rozhovor veden se školním psychologem nebo třídním učitelem.

Výše uvedené body vyjadřují výsledky dotazníkového šetření. V případě přednášek byly výsledky zcela jednoznačné- rodiče preferují osobu s hlubší znalostí tématu, před zaměstnancem školy. V případě individuálních setkání už výsledky nebyly tak jednoznačné. Vzhledem k tomu, že třídní učitel měl ve všech případech velkou, ne-li většinovou podporu rodičů, domnívám se, že rozhovory by měly probíhat hlavně s ním. Podle rozložení odpovědí ve všech případech a se zohledněním odpovědí rodičů, kteří chtěli tato individuální setkání realizovat pouze v případě, že se vyskytne podezření o rizikovém chování dítěte na jedné nebo druhé straně, by v této situaci, kdy je svolána mimořádná schůzka měl být zastoupen výchovný poradce či školní psycholog. Třídní učitel a rodič mohou porovnat své poznatky o chování dítěte a školní psycholog zase na základě řečeného připojí svůj odborný názor. Tímto způsobem pak může být nalezena efektivnější cesta k řešení problému.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou rodiče žáků střední odborné školy nakloněni myšlence vzdělávání své vlastní osoby v problematice rizikového chování ve spolupráci se školou a jaké jsou preferované způsoby vzdělávání. Dále bylo zjišťováno povědomí rodičů o této oblasti.

Teoretická část byla vytvořena na základě rešerše literatury obsahující základní informace z oblasti rizikového chování zaměřené na šikanu, poruchy příjmu potravy a drogovou závislost. Ke každému výše uvedenému tématu byly připojeny základní teoretické poznatky, projevy, návrhy řešení apod. Byl kladen důraz na úlohu školy a rodiny v prevenci rizikového chování vztahující se k tématům odpovídajícím zaměření bakalářské práce.

Praktickou část bakalářské práce tvoří analýza dat získaných v dotazníkovém šetření. Byly stanoveny hypotézy týkající se vlivu nejvyššího dosaženého vzdělání na povědomí o oblasti rizikového chování, dále vlivu vzdělání na ochotu se vzdělávat v této problematice a třetí hypotéza se týkala přístupu rodičů, kteří nezískávají informace o rizikovém chování z odborných zdrojů. Všechny hypotézy byly potvrzeny. Z porovnání výsledků jasně vyplynulo, že rodiče s vysokoškolským vzděláním projevují větší míru znalosti o problematice rizikového chování, než rodiče s nižším dosaženým vzděláním. Stejně tomu bylo i v případě zjištění ochoty rodičů se vzdělávat v této oblasti- všichni dotazovaní, kteří uvedli, že jsou vysokoškolsky vzděláni, shodně odpověděli, že pokud by se naskytl možnost takovéto spolupráce se školou, okamžitě by ji využili.

Důležitým zjištěním bylo samozřejmě to, že rodiče ve velké míře podléhají stereotypům, které se váží k jednotlivým tématům rizikového chování popsáných v literatuře. Jedná se zejména o chápání významu pojmu šikana, kdy rodiče často nemají jasnou nebo mají dokonce mylnou představu o tom, jak se šikana projevuje a co s ní úzce souvisí. V případě poruch příjmu potravy se velká část rodičů dokonce nedomnívá, že by patřily do rizikového chování a konkrétní dotazování na projevy těchto onemocnění prokázalo, že rodiče od sebe dokáží ve většině rozlišit anorexii a bulimii jen ve velice hrubých obrysech. Lehce nadprůměrnou obeznámenost s těmito pojmy pak prokazuje

pouhých osm procent dotázaných. Z hlediska drogové závislosti pak rodiče projevují až překvapivou shovívavost pro užívání tabákových a alkoholových výrobků svými dětmi, nadpoloviční většina dotázaných by tyto látky s drogovou závislostí a tedy celou problematikou rizikového chování vůbec nespojovala. Převládání stereotypů se také ukázalo na přístupu rodičů k marihuaně, kdy rodiče projevují velmi nízkou obeznamenost se zdravotními důsledky, které pravidelné užívání této drogy může způsobit.

Na základě informací zjištěných prostřednictvím dotazníkového šetření, byl nastíněn návrh systému spolupráce mezi rodinou a školou. Tento návrh poukazuje na možnosti zapojení odborných přednášek do schématu třídních schůzek, ale také na to, že rodiče považují za klíčové navázání spolupráce užší formou v tom smyslu, že by rádi komunikovali častěji s třídním učitelem, či jinou oprávněnou osobou, což by mělo za následek vyšší míru efektivity prevence rizikového chování. K tomu by došlo tím způsobem, že by jak zástupce školy, tak rodič, měli možnost porovnat chování dítěte ve škole i doma a společně tak zavčas odhalit případná rizika.

Je patrné, že je třeba rodiče v oblasti rizikového chování vzdělávat. Preventivní funkci, kterou plní nebo by měla plnit rodina, není dobré zanedbávat, ale pouze pokud budou mít rodiče ucelené a dostatečné informace z věrohodných zdrojů, teprve tehdy mohou správným způsobem působit na dítě a podpořit tak další rozšířené formy prevence, kterých se dítěti dostává v rámci školní docházky. S ohledem na fakt, že rodiče si sami uvědomují, že jejich znalosti nejsou dostatečné a projevují až překvapivou ochotu doplnit si znalosti v této oblasti, mělo by jim být vyhověno tím, že spolupráce rodiny a školy začne fungovat na provázanější úrovni.

7 Zdroje

Tištěné publikace:

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6 vyd. Praha: Grada publishing, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- 2) BENDL, Stanislav, a kol. *Vychovatelství: Učebnice teoretických základů oboru*. 1 vyd. Praha: Grada, 2015, 306 s. ISBN 978-80-247-4248-9
- 3) ČERNÁ, Alena., DĚDKOVÁ, Lenka., MACHÁČKOVÁ, Hana., ŠEVČÍKOVÁ, Anna., ŠMAHEL, David., *Kyberšikana: Průvodce novým fenoménem*. 1 vyd. Praha: Grada publishing, 2013, 150 s. ISBN 978-80-247-4577-0
- 4) GEISLEROVÁ, Eli., et al. *Mít přehled: „Průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. 1 vyd. Praha: Národní institut dětí a mládeže MŠMT, 2012, 241 s. ISBN 978-80-87449-02-8
- 5) HINES, Gill., BAVERSTOSCK, Alison. *Jak na svého teenagera: Manuál pro rodiče*. Praha: Grada publishing, 2014, 224 s. 978-80-87449-02-8
- 6) KELNAROVÁ, Jarmila., MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů- Svazek I*. Praha: Grada publishing, 2010, 162 s. 978-80-87449-02-8
- 7) MAHROVÁ, Gabriela., VENGLÁŘOVÁ, Martina., a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1 vyd. Praha: Grada publishing, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5
- 8) MACHOVÁ, Jitka., a kol. *Výchova ke zdraví*. 1 vyd. Praha: Grada publishing, 2009, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8

- 9) MARKOVÁ, Eva., VENGLÁŘOVÁ, Martina., BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1 vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- 10) MARTÍNEK, Zdeněk. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 152s. ISBN 978-80-247-2310-5
- 11) MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vyd. - Praha : Grada Publishing, 2013, 296 s. ISBN 978-80-247-4580-0
- 12) NOVÁK, Tomáš. *Mnohem menší dareba, než jste čekali*. Vyd. 1. - Praha : Grada Publishing, 2014, 125 s. ISBN 978-80-247-5069-9
- 13) PAPEŽOVÁ, Hana. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 432 s. ISBN 978-80-247-7369-8
- 14) PAVLOVSKÝ, Pavel., a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4 vyd. Praha : Grada Publishing, 2012, 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5
- 15) ŘÍČAN, Pavel. *Jak na šikanu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishig, 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-2991-6.
- 16) SAK, Petr., SAKOVÁ, Karolína. *Mládež na křižovatce: sociologická analýza postavení mládeže ve společnosti a její úlohy v procesech evropeizace a informatizace*. 1 Vyd. Praha: Svoboda Servis, 2004, 240 s. ISBN 80-86320-33-2
- 17) SLEZÁKOVÁ, Lenka., a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III - gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2 vyd. - Praha : Grada Publishing, 2013, 230 s., ISBN 978-80-247-4341-7

18) VALIŠOVÁ, Alena., KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele*. 1 vyd. Praha: Grada, 2007, 402 s. ISBN 978-80-247-1734-0.

19) VALIŠOVÁ, Alena., KASÍKOVÁ, Hana. *Pedagogika pro učitele - 2*. 2 vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 456 s.: ISBN 978-80-247-3357-9

Internetové zdroje:

- 1) Dokument MŠMT č.j.: 21291/2010-28. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]; [citace z 27. 3. 2016]. dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny>
- 2) Projekt MŠMT 2010-2016. *Prevence-info*[online]. [citace z 27. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence>

8 Přílohy

- a) Dotazník pro rodiče

8.1 Dotazník pro rodiče

Vážení rodiče, jmenuji se Barbora Kučerová a jsem studentkou třetího ročníku Institutu vzdělávání a poradenství, na České zemědělské univerzitě v Praze. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, která se týká významu vzdělávání rodičů žáků SOŠ v oblasti rizikového chování, se zaměřením na nejvýraznější fenomény této problematiky. Dotazník je anonymní, Vaše odpovědi budou použity výhradně ke zpracování praktické části bakalářské práce. Obsahuje celkem 20 otázek.

Děkuji za Váš čas!

1) Pohlaví

- a) muž b) žena

2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní b) střední s výučním listem c) střední s maturitou e) vysokoškolské

3) V jakém ročníku studuje Vaše dítě?

- a) 1. ročník b) 2. ročník c) 3. ročník d) 4. ročník

4) Které z těchto možností dle Vás spadají pod rizikové chování?

- a) gambling b) záškoláctví c) sebepoškozování d) poškozování majetku
e) rasismus f) příslušnost k sektám g) zveřejňování intimních fotografií na internetu
h) kouření i) požívání alkoholických nápojů j) anorexie k) verbální útoky
l) promiskuitní chování m) vyčlenění dítěte z kolektivu n) bulimie o) krádež
p) sebevražedné sklony q) fyzické napadení r) pomlouvání s) sexuální obtěžování
t) rvačky ve třídě u) tvorba pokořujících přezdivek v) extremismus w) xenofobie
x) rizikové sporty y) kyberšikana z) intolerance jiné- prosím doplňte- _____

5) Vyberte z následujících možností: Co by pro Vás jako rodiče bylo varovným signálem a vzbudilo podezření o tom, že je Vaše dítě šikanováno?

- a) Dítě nemá kamaráda, s nímž by trávil volný čas. f) Dítě střídá různé cesty do/ze školy.
b) Dítě ztrácí zájem o učení a schopnost soustředit se. g) Dítě je doma apatické popř. se objevují výkyvy nálad.
c) Dítě chodí ze školy hladové. h) Dítě není zváno na návštěvu k ostatním dětem.
d) Dítě je agresivní k sourozencům, či ostatním dětem. i) žádná varianta.
e) Dítě si stěžuje na neurčitě bolesti hlavy a břicha často zvrací.

- j) jiné- prosím doplňte- _____

6) V souvislosti se šikanou: Pokud byste zjistili, že je Vaše dítě šikanováno, jak byste postupovali?

- | | |
|--|---|
| a) snažil/a bych se situaci rozebrat s dítětem, zjistit příčiny a ujistit se, že mé dítě tuto situaci vědomě nevyprovokovalo. Teprve pak budu řešit samotnou situaci. | d) budu celou věc okamžitě řešit oficiálně přes vedení školy a požadovat trest (vyloučení, snížená známka z chování atd.) pro šikanujícího. |
| b) snažil/a bych se situaci rozebrat s dítětem, zjistit příčiny a celkovou závažnost situace. Pravděpodobně bych na základě zjištěného poradil/a dítěti jak (ne)reagovat aby si s tou situací mohl/a poradit sám/a. Teprve pokud bude problém přetrvávat nebo se vyhrtí, zapojím se sám/a. | e) Budu zvažovat přechod dítěte na jinou školu. |
| c) vyhledám šikanujícího a budu se ho snažit přesvědčit, aby toho nechal, popř. půjdu celou situaci řešit s jeho rodiči. | f) Budu celou věc řešit s třídní učitelkou, společně vymyslíme vhodný postup a řešení. |
| | g) Obrátím se na školního psychologa či výchovného poradce a třídní učitelku. Společně vymyslíme vhodný postup a řešení. |
| i) Jiná varianta- prosím doplňte- _____ | h) Nevím co bych dělal/a. |

7) Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás mají nejzásadnější roli při informování Vašeho dítěte o rizikovém chování.

- a)rodina b)škola c) pedagogicko-psychologická poradna d)kamarádi a vrstevníci (zkušenost)

8) Zakroužkujte prosím ty možnosti, které se dle Vašeho názoru týkají mentální anorexie.

- | | |
|---|--|
| a) neodolatelná touha po jídle | e) vyprovokované zvracení |
| b) nespavost | f) ztráta potence u mužů |
| c) nejčastěji postihuje ženy v rozmezí 14-18 let | g) nejčastěji postihuje ženy v rozmezí 18-24 let |
| d) záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby | h) snižování příjmu tekutin a potravy |
| | i) ztráta menstruace u žen |

9) Zakroužkujte prosím ty možnosti, které podle Vás souvisí s užíváním marihuany.

- | | |
|---|------------------------------------|
| a) Zhoršení paměti a koncentrace | g) Změny povahy, osobnosti a nálad |
| b) Deprese | h) Zvýšené riziko výskytu leukémie |
| c) Úzkost | i) Poruchy růstu |
| d) Ospalost | j) Snížení mentální schopnosti |
| e) Záchvaty paniky | k) Poškození spermatu |
| f) Stav mysli mimo realitu vrcholící během prvních 30 min | l) Zhoršená koordinace a rovnováha |

10) Jakým způsobem jste byli Vy sami vzdělávání v oblasti rizikového chování?

- a) samostudium odborné literatury b) odborné přednášky, semináře c) televizní dokumenty
d) novinové či internetové články e) preventivní program během studia
f) žádné systematické vzdělávání, mám všeobecný přehled g) žádné vzdělávání, neznám tento pojem

11) Rizikové chování: Jakým způsobem přistupujete ve vztahu k Vašemu dítěti k tomuto problému?

- a) rozhovor na toto téma, „klasické“ příklady, varování a návody
b) dítě se všechno podstatné dozví ve škole, pouze informativní rozhovor zda všechno chápe
c) dítě se všechno podstatné dozví ve škole, není tudíž třeba dále rozebírat, pokud samo nebude chtít
d) aktivní snaha o informování dítěte- TV dokumenty, články, odborná literatura
e) nehovoříme o těchto tématech
f) jinak- prosím doplňte-

12) Pokud by škola, kterou navštěvuje Vaše dítě, poskytovala možnost vzdělávání v problematice rizikového chování pro dospělé, byli byste ochotni spolupracovat se školou při prevenci rizikového chování svým vlastním zapojením do vzdělávacího procesu?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne e) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom

Svou odpověď prosím krátce zdůvodněte: _____

13) V případě navázání spolupráce se školou, která by vzdělávání dospělých v oblasti rizikového chování organizovala, o co byste měli největší zájem?

- a) přednášky, semináře (obecná problematika), rozloženo do větších časových rozestupů
b) samostudium-škola slouží jako prostředník, zasílá doporučení, informace a přehledy
c) individuální - konkrétní informace o dění ve třídě, rozhovor s oprávněnou osobou, porovnání chování dítěte doma a ve třídě- každoročně
d) Jednorázové proškolení formou semináře, konkrétní situace řešit individuálně či na třídních schůzkách
e) Jiné- prosím doplňte-

14) Co by pro Vás bylo v případě Vaší účasti v preventivním programu (viz. Otázky 12 a 13) omezujícím faktorem?

- a) nedostatek času b) velká vzdálenost školy od místa bydliště c) neochota se vzdělávat
d) jiné- prosím doplňte _____ e) nic

15) V případě přednášek a seminářů, kdo by Vám měl přednášet? (udělejte křížek do Vámi zvoleného pole)

	Třídní učitel	Výchovný poradce	Školní psycholog	Externí odborník	Je to jedno	Někdo jiný (dopíšte)
Šikana						
Poruchy příjmu potravy						
Drogová závislost						

16) V případě přednášek a seminářů, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval?

- a) Více jak dvě hodiny
 b) Dvě hodiny
 c) hodina a půl
 d) hodina
 e) méně než hodina
 f) je mi to jedno

17) V případě individuálních setkání- rozhovor o situaci ve třídě, řešení varovných příznaků atd. - s kým byste měli komunikovat?

	Třídní učitel	Výchovný poradce	Školní psycholog	Externí odborník	Je to jedno	Někdo jiný (dopíšte)
Šikana						
Poruchy příjmu potravy						
Drogová závislost						

18) V případě individuálních setkání, jaký časový rozsah by Vám vyhovoval? (Vyberte prosím jednu odpověď z každého sloupce, jejichž kombinace by Vám nejlépe vyhovovala)

- a) 60 min
 b) 45 min
 c) 30 min
 d) 15 min
 1) Jednou v průběhu školního roku
 2) Dvakrát v průběhu školního roku
 3) Jen v případě, že se ve třídě vyskytnou nějaké problémy
 4) Na základě domluvy, nepravidelně

19) Chodíte pravidelně na obě třídní schůzky v rámci školního roku? (Vy nebo Váš manžel/ka)

- a) Ano, vždy na obě
 b) Ano, vynechám jen v závažném případě
 c) Spíše ne
 d) ne

Svou odpověď prosím krátce zdůvodněte: _____

20) Kolik je vám let? Prosím, doplňte.

_____ let

Děkuji za vyplnění dotazníku!