

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Rizikové chování jedinců s tělesným postižením,
faktory jeho vzniku a možnosti prevence**

Bakalářská práce

Autor:	Aneta Buchtová
Studijní program:	Speciální pedagogika
Studijní obor:	Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce:	PhDr. Javorská Miroslava, Ph.D.

Hradec Králové

2017

Zadání bakalářské práce

Autor: Aneta Buchtová

Studium: P131255

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: Rizikové chování jedinců s tělesným postižením, faktory jeho vzniku a možnosti prevence

Název bakalářské práce AJ: Risk behaviour of people with physical disability, its origin factors and prevention

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje tématice rizikového chování vybrané cílové skupiny, a to mládeže s tělesným postižením. V teoretické části bude definováno tělesné postižení a jeho vliv na chování a prožívání jedince. Bude vymezeno rizikové chování, popsány faktory vzniku poruch chování a nejčastější projevy rizikového chování. Budou představeny Strategie prevence rizikového chování mládeže s vymezením specifického přístupu k žákům s tělesným postižením. V praktické části bude realizováno kvantitativní výzkumné šetření s cílem ověřit, jaký je výskyt rizikového chování, jaké formy a příčiny rizikového chování se objevují u žáků s tělesným postižením a jaké strategie prevence rizikového chování žáků používají jednotlivé školy, pracující s těmito žáky. (např. JÚŠ, OA Olgy Havlové Janské Lázně, a další)

PROCHÁZKA, Miroslav. Sociální pedagogika. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 203 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3470-5 VALENTA, Milan et al. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6 NOVOSAD, Libor. Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9 MICHALÍK, Jan a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3 Matoušek, Oldřich; Matoušková, Andrea. Mládež a delikvence. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-7367-825-8

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavy Javorské, Ph.D., samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 20. 6. 2017

Anotace

BUCHTOVÁ, Aneta. *Rizikové chování jedinců s tělesným postižením, faktory jeho vzniku a možnosti prevence*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2017. 54 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se věnuje tématice rizikového chování vybrané cílové skupiny, a to mládeže s tělesným postižením.

V teoretické části bude definováno tělesné postižení. Bude popsána adolescence, adolescence u tělesně postižených a dětská mozková obrna. Bude vymezeno rizikového chování, popsány faktory vzniku poruch chování a nejčastější projevy rizikového chování. Bude představena prevence rizikového chování a dále bude popsána primární prevence.

V praktické části bude realizováno kvantitativní a kvalitativní výzkumné šetření s cílem ověřit, jaký je výskyt rizikového chování, jaké formy a příčiny rizikového chování se objevují u žáků s tělesným postižením. A jaké strategie prevence rizikového chování žáků používají školy Jedličkova Ústavu.

Klíčová slova: tělesné postižení, rizikové chování, adolescence, prevence

Annotation

BUCHTOVÁ, Aneta. *Risk behaviour of people with physical disability, its origin factors and prevention*. Hradec Králové: The Pedagogic Faculty of the University of Hradec Králové, 2017. 54 pp. The Bachelor's work.

Bachelor thesis is dedicated to the topic of risky behaviour of selected target group, namely the youth with physical disabilities.

In the theoretical part will be defined physical disability. There will be also described adolescence, adolescence of physical disabled and cerebral palsy of children. Then there will be defined risky behaviour, factors of behavioral disorders and the commonest manifestations of risky behaviour. In the thesis there will be also unveiled prevention of risky behaviour and primary prevention.

In the practical part there will be realised quantitative and qualitative research survey which purpose is to verify what is the incidence of the risky behaviour, what forms and causes of the risky behaviour appear among pupils with physical disabilities. And at last the practical part of the thesis will address strategies of prevention of the risky behaviour of pupils that are used by schools of Jedlicka's Institute.

Key words: physical disability, risk behaviour, adolescence, prevention

Prohlášení

Prohlašuji, že tato bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013 (Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK)

Datum: 20. 6. 2017

Podpis studenta:

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Miroslavě Javorské PhDr. Ph.D. za odborné vedení, podporu, vstřícnost a poskytnutí cenných rad při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Všem z Jedličkova Ústavu, kteří mi pomáhali s poskytnutím informací, ohledně rozhovorů a dotazníků.

Obsah

Úvod	3
1 Tělesné postižení.....	4
1.1 Psychologie osob s tělesným postižením.....	5
1.2 Adolescence.....	5
1.2.1 Adolescenti s tělesným postižením.....	7
1.3 Dětská mozková obrna	8
1.3.1 Příčiny vzniku DMO.....	9
1.3.2 Základní formy DMO	9
2 Rizikové chování	11
2.1 Oblasti rizikového chování.....	12
2.2 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování.....	14
2.3 Rizikové jevy.....	14
2.3.1 Tabák	14
2.3.2 Alkohol	15
2.3.3 Drogy	16
2.3.4 Šikana.....	16
2.3.5 Záškoláctví.....	17
2.3.6 Poruchy příjmu potravy	17
3 Prevence	18
3.1 Primární prevence.....	18
4 Výzkumné šetření	21
4.1 Cíle výzkumu a stanovení výzkumných otázek	21
4.2 Charakteristika výzkumné metody a výzkumného vzorku.....	22
4.3 Výsledky výzkumného šetření – vlastní výzkum	23
4.3.1 Dotazník – Kvantitativní metoda.....	23
4.3.2 Výsledky výzkumných otázek	39

4.4	Shrnutí kvantitativní výzkumné části	40
4.4.1	Rozhovory – Kvalitativní metoda.....	42
4.5	Shrnutí kvalitativní výzkumné části	47
4.6	Shrnutí kvantitativní a kvalitativní výzkumné části	49
	Závěr.....	50
	Zdroje	51
	Seznam grafů	54
	Seznam příloh.....	55

Úvod

Dnešní doba je velmi bohatá na téma: rizikové chování. Nejvíce ohroženou skupinou se stávají jedinci, kteří se nachází v období dospívání. Období dospívání je pro některé jedince složitější než pro jiné. Je to velmi individuální proces a záleží na různých faktorech, ovlivňujících jedince. Je například velmi rozšířené kouření a pití alkoholu.

Rizikové chování u žáků středních škol je mnohem častější, než rizikové chování u žáků středních škol s tělesným postižením. Je také mnohem více výzkumů na rizikové chování u mládeže bez postižení, než u mládeže s tělesným postižením. Jeden z důvodů proč jsem si vybrala právě toto téma. Dalším důvodem je moje „láska“ k etopedii. Z celé speciální pedagogiky je mi tato oblast nejbližší. V mé bakalářské práci propojuji dvě oblasti speciální pedagogiky, a to etopedii a somatopedii.

Cílem teoretické části práce je popsat tělesné postižení, a poté se více zaměřovat na dětskou mozkovou obrnu. Popsat také období adolescence a adolescenci u tělesně postižených jedinců. Dále má tato práce popsat rizikové chování, jevy a následně se zabývat primární prevencí.

Cílem praktické části práce je zjištění rizikového chování u žáků středních škol Jedličkova Ústavu. Zjištění výskytu, forem a příčin rizikového chování u těchto žáků. Také zjištění toho, jak děti nahlíží na prevenci. Tato část bude realizována kvantitativním výzkumem. Poté se v práci pomocí kvalitativního výzkumu, zjistí strategie prevence v Jedličkově Ústavu. Dále se v práci pomocí téhož výzkumu zjistí životní situace, které mohou ovlivnit žáka, ke vzniku rizikového chování.

V této práci chci také ukázat to, že rizikové chování u dětí s tělesným postižením je minimální.

V Jedličkově Ústavu jsem vykonávala souvislou praxi. Bylo to pro mě, pro moje budoucí pracovní povolání a pro moji bakalářskou práci velmi přínosné a užitečné. Všichni jsou tam ochotní a milí, skvělá spolupráce a shovívavost.

Teoretická část

1 Tělesné postižení

„V naší době se za tělesné postižení považuje dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň výrazně zmírnit“ (Novosad, 2011, s. 85).

Tělesné postižení je spojeno s různými omezeními, která představují dlouhodobý stres. Důsledky tělesného postižení lze rozdělit na dvě skupiny:

1. Pohybový defekt neboli funkční handicap
2. Tělesná deformace neboli estetický handicap

Tělesné postižení je příčinou omezení samostatnosti a často bývá závislostí na druhých lidech. Tělesné postižení je zábranou pro získání mnoha zkušeností. Rozsah a závažnost tělesného postižení jsou významné faktory ovlivňující i psychický vývoj jedince. Velmi důležitá je zde míra soběstačnosti a nezávislosti (Vágnerová, 2004).

Tělesné postižení lze členit na dvě základní skupiny, a to na lokomoční tedy pohybové postižení a na chronické postižení. Chronické postižení je nevyléčitelné onemocnění se sníženou nebo narušenou fyziologickou funkcí organismu, vyžadující stanovenou životosprávu, životní styl a dodržování určitých léčebných opatření. Chronické postižení může vést k omezení pohybových schopností. Většina autorů utvrzuje fakt, že toto postižení není na první pohled viditelné, tudíž jedince tolik nestigmatizuje. Pohybové postižení je omezení hybnosti až znemožnění pohybu. Dále také dysfunkce motorické koordinace, vývojovou vadou, orgánovou nebo funkční poruchou hybného a nosného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, deformací nebo amputací části motorického systému. Pohybové postižení je často na první pohled viditelné. Charakter má trvale sníženou funkční výkonnost a také ztrátu schopnosti v oblastech lokomoce. Obě skupiny se mohou vzájemně prolínat (Novosad, 2011).

Novosad (2011), Slowík (2007) a Pipeková (1998) rozlišují tělesné postižení z hlediska příčin na vrozené a získané. Pipeková (1998) a Novosad (2011) řadí mezi vrozené vady hlavně centrální obrny. Do centrálních poruch patří dětská mozková obrna. Centrální obrny vznikají v prenatálním období, při porodu či krátce po porodu. Dále mohou vznikat jako následek nemoci nebo úrazu v pozdním věku, například u Parkinsonovy choroby, cévní mozkové příhody nebo roztroušené sklerózy. Periferní obrny jsou následkem zánětů a úrazů. Mezi vrozené vady patří malformace, amélie a dysmélie, nanismus, rozštěpy, myopatie.

Deformace patří do vrozených i získaných postižení. Mezi získané deformace patří artritidy, artrózy, osteoartrózy a aseptické kostní nekrózy. Následkem úrazu nebo onemocnění jsou amputace.

1.1 Psychologie osob s tělesným postižením

Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty, projevující se deformovaným zevnějškem a nedostatečnou pohybovou kompetencí.

Vrozené postižení není tak traumatizující, avšak ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince.

Postižení získané představuje pro jedince vyšší trauma. Jedinec si uvědomuje, co ztratil, co již nemůže vykonávat a také může porovnávat s ostatními.

Významný faktor ovlivňující kvalitu života jedince s tělesným postižením je rozsah a stupeň pohybového omezení, kdy se rozhodujícím faktorem stává úroveň soběstačnosti. Úroveň soběstačnosti je dána schopností jakékoliv samostatné lokomoce a sebeobsluhy (Vágnerová, 2004).

Zvládání zátěže je v psychologii označováno termínem coping. Fáze zpracování zátěže dle Küblerové-Rossové (1995):

1. Fáze šoku a popření

Následuje ihned po zjištění informace o nemoci. Nemocný tuto informaci nechce přijmout a není schopen se s ní vyrovnat.

2. Fáze postupného přijetí skutečnosti

Patří sem dvě základní skupiny obranných mechanismů, únik a útok. Příkladem útoku je agresivní chování, např. negativní postoj k lékaři a k léčbě, která podle nemocného nemá smysl. Únikových variant může být více, např. únik do fantazie, kde se nemocný necítí být ničím ohrožen.

3. Fáze smíření se s chorobou a jejími důsledky

Nemocný akceptuje svou nemoc a vyrovnává se situací.

1.2 Adolescence

Adolescence je přechodné období mezi dětstvím a dospělostí, související s druhým desetiletím života jedince. Adolescence je velmi proměnlivý proces hledání a objevování. Období adolescence slouží k urovnávání si vlastních hodnot, cílů a postojů, díky kterým si jedinec dokáže uvědomit a také se naučit pracovat se dvěma základními atributy dospělosti.

Mezi atributy dospělosti patří svoboda a odpovědnost. V období adolescence dochází ke komplexní proměně osobnosti v oblasti psychické, somatické a sociální. Vytváří se vlastní identita. Termín adolescence je odvozen z latinského slova *adolescere*, znamenající dospívat, dorůstat, mohutnět.

Adolescence je období náročných změn pro jedince. „*Dítě se musí během několika let proměnit tělesně, fyziologicky, psychicky i společensky na dospělého člověka se zformovanou a vyhraněnou osobností, uceleným světovým názorem; připraveného k produktivní práci v zaměstnání, k zodpovědnému manželství a rodičovství i k začlenění do občanského života*“ (Čačka, 2000, s. 222).

Čačka (2000, s. 229) uvádí, že „*adolescence je doba tělesné krásy, duševní bystrosti, svěžesti a dychtivosti*“. Podobně adolescenci uvádí i Říčan (2004, s. 191) „*kdyby bohové měli určitý věk, bylo by Venuši sedmnáct a Apollovi dvacet. V této době je člověk nejkrásnější, tělesně i duševně nejsvěžejší, nejdychtivější a nejbystřejší*“.

Dospívání se podle Langmeiera, Krejčířové (2006) dělí na období pubescence (11 – 15 let) a na období adolescence (15 – 22 let). Vágnerová (2008) rozlišuje dospívání na ranou a pozdní adolescenci.

Macek (1999) uvádí adolescenci od období nutné závislosti na druhých lidech do stádia relativní nezávislosti na druhých. Dále datuje adolescenci od 15 do 20 (22) let.

Macek (1999) chápe adolescenci jako období konfliktů, vzdorů a emoční nestability v dnešní době již překonané. Konfliktní či problematický průběh dospívání je určen osobnostně i situačně a průběh dětství může souviset s pozdějším životem. „*Spíše než o krizi, která se spojuje s negováním všeho dosavadního hodnotného, se častěji jedná o proces pozvolné transformace vlastních pocitů, názorů a hodnot. Pro ten se lépe než krize hodí termíny hledání a přehodnocení*“ (Macek, 1999, str. 41).

Macek (1999) rozdělil adolescenci na tři typy: časná adolescence, střední adolescence a pozdní adolescence.

1. Časná adolescence

Časná adolescence probíhá ve věku od desíti do třinácti let. V této době je charakteristické pohlavní dozrávání. Pohlavní dozrávání může probíhat do střední adolescence. Je to období pubertálních změn.

2. Střední adolescence

Střední adolescence neboli období hledání osobní identity, probíhá od čtrnácti do šestnácti let. Snaha adolescenta o svůj specifický životní styl, nějakým způsobem se odlišit od ostatních.

3. Pozdní adolescence

Pozdní adolescence probíhá od sedmnácti do přibližně dvaceti let. Je to období, kdy se adolescent nejvíce přibližuje k dospělosti.

1.2.1 Adolescenti s tělesným postižením

Problémy adolescentů s postižením jsou taková, že si adolescent začne více uvědomovat svoje omezení v různých oblastech. Začne si také uvědomovat omezení v začlenění do společnosti. Pro postiženého je hůře dosažitelná emancipace od rodiny. Dalším problémem je obtížnější hledání vlastní identity. Obtížnější je také hledání budoucího povolání. Adolescenti s postižením *„bývají leckdy vzhledem k omezenější zkušenosti infantilnější, méně kritičtí a proto přenechávají rozhodování o vlastní budoucnosti rodičům“* (Vágnerová, 2003, s. 13).

Nosek in Květoňová (2007) rozlišuje problematiku adolescentů s tělesným postižením na tři skupiny:

1. Skupina jsou jedinci s lehčím postižením hybnosti, do které patří lehčí formy DMO, skoliózy, monoparézy, periferní obrny po úrazech a menší růstové odchylky. Dále sem patří jedinci se zhoršenou orientací a lehce narušenou komunikační schopností. Fyzická a vzhledová abnormalita neovlivňuje významným způsobem tyto jedince. Některé poruchy hybnosti vyžadují léčebnou péči, ale většinou zde není potřeba závislosti na okolí. Není stížena interakce a komunikace s okolím a nevyskytuje se stigmatizace. Podmínky a průběh studia jsou prakticky stejné jako studentů bez postižení.
2. Skupina jsou jedinci s lehčím i těžším postižením hybného a nosného ústrojí, do které patří kvadraparetické formy DMO, stavy po úrazech, tumory a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Dále Nosek (2007) uvádí změny percepce, kolísání duševní výkonnosti, změny reaktivity a koncentrace pozornost. V této skupině je vysoká míra závislosti na rodičích a horší je také období osamostatňování. Tato skupina potřebuje systematickou podporu speciálních a edukačních potřeb po celé studium.
3. Skupina jsou jedinci s těžkými poruchami hybnosti na bázi DMO, s kombinovanými hybnými a smyslovými postiženími, s progresivními nervosvalovými onemocněními, s poúrazovými stavy a s onemocněním kostí. Tato poslední skupina je výrazně omezena v životních aktivitách. Je zde nutná osobní asistence a pomoc v běžných životních situacích. Výrazně vázána na rodiče a pečující osoby. Dochází zde ke ztrátě sociálních kontaktů mezi vrstevníky. Pravidelné rehabilitace a terapie zasahují do volného času jedinců s postižením.

1.3 Dětská mozková obrna

Vágnerová (2004, s. 144) uvádí že, „*DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období).*“

„DMO zahrnuje skupinu stálých poškození vývoje hybnosti a rovnováhy, které omezují aktivitu a jsou způsobena neprogresivním poškozením vyvíjejícího se fetálního nebo infantilního mozku“ (Dungl et al., 2014, s. 254).

Kraus et al. (2005) doplňují, že dětská mozková obrna je mezi nejčtenějšími neurovývojovým onemocněním, které je trvalé, nikoli však neměnné.

1.3.1 Příčiny vzniku DMO

Příčina vzniku dětské mozkové obrny není vždy u jednotlivých poruch stejná. Jednotlivé patogenní faktory (genetické i exogenní) se mohou v účinku hromadit. Dědičný předpoklad určuje stupeň zranitelnosti centrální nervové soustavy. Stupeň zranitelnosti centrální nervové soustavy ovlivňuje riziko nepříznivého faktoru, který způsobí poškození mozku. Zvýšení citlivosti může vzniknout i z důsledků různých okolních vlivů. Mezi prenatální příčiny patří infekce a teratogenní látky. Dále pak poruchy neuronální migrace, při které dochází ke zničení nebo poškození mozkových buněk. Do perinatálních příčin spadají rizika postižení, jako jsou nezralost mozku daná předčasným narozením nebo porodní traumata. Mozková tkáň se často poškodí nedostatkem kyslíku. V tomto případě jsou nejvíce ohroženy nedonošené děti. Míra poškození mozkových struktur závisí na aktuální zralosti a citlivosti (Harris in Vágnerová, 2004).

Slowík (2007) uvádí, že dětská mozková obrna se řadí mezi nejčastější příčiny vrozeného tělesného postižení. Dle výzkumu spadá na tisíc živě narozených dětí, 2 – 5 dětí s dětskou mozkovou obrnou (Chvátalová, 2001). Dále pak Chvátalová (2001) popisuje DMO jako poškození získané před narozením, během porodu či krátce po porodu. Tyto příčiny jsou prenatální, perinatální a postnatální (Pipeková, 1998).

1.3.2 Základní formy DMO

Typy motorické poruchy rozlišují různé formy DMO, v praxi se často kombinují typy postižení.

1. Spastická forma

Spastická forma bývá nejčastější a tvoří asi 60-70% všech DMO. Základní příznak bývá trvalé zvýšení svalového napětí. Spasticita je způsobena postižením centrálního motoneuronu, pyramidové dráhy. Předpoklad vzniku může být ve třetím trimestru v prenatálním vývoji života. Pohybové postižení dané obrnou, může mít různou

závažnost a různý rozsah. Zde se rozlišuje na parézu (částečnou obrnu) a na plegii (úplnou obrnu). Dle lokalizace postižení se dále člení na:

- I. Diparézu – postižení dolních končetin.
- II. Hemiparézu – jednostranné postižení horní a dolní končetiny
- III. Kvadruparézu – postihující horní a dolní končetiny. Často bývá narušena hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se projevuje poruchou řeči (dysartrií). Často kombinovaná forma s poruchami inteligence.

Slowík (2010, s. 34) popisuje dysartrii jako „*poruchu artikulace projevující se zejména výraznou neobratností ve výslovnosti, která může činit řeč velmi obtížně srozumitelnou*“.

2. Dyskineticko-dystonická forma

Tato forma bývá vzácnější a postihuje asi 20% postižených DMO. Je označována jako extrapyramidová varianta. Mezi projevy patří mimovolní, pomalé, krouživé a záškrbové pohyby různých svalových skupin. Tyto pohyby jsou nápadnější v zátěži, v napětí a nelze je vůlí ovládat. Poškození je v oblasti bazálních ganglií. Předpokládaný vznik bývá v důsledku těžké porodní asfyxie. Nebývá kombinována s poruchou inteligence (Graham in Vágnerová, 2004).

3. Ataktická, mozečková forma

Tato forma je vzácná a postihuje 5-10% postižených DMO. Postihuje pohybovou koordinaci. Obtíže bývají v udržení rovnováhy a při rychlejším pohybu. Počátečním příznakem je hypotonie, což je snížení svalového napětí, a opoždění pohybového vývoje. Ataktická forma je typickým příkladem vývojově podmíněného rozvoje poruchy a její symptomy se objevují postupně. Symptomy se objevují v závislosti na dozrávání příslušných mozkových struktur, kterou jsou předpokladem pro rozvoj motorických dovedností. Jako spastická forma, bývá často ataktická forma kombinována s poruchou inteligence (Vágnerová, 2004).

Rozdělení forem DMO dle Slowíka (2007) do dvou základních skupin skupin:

1. Spastické – paréza nebo plegie
2. Nespastické – dyskinetická nebo hypotonická forma

Parézy a plegie lze dále členit podle Chvátalové (2001) na:

1. Monoparézu (postižení jedné končetiny)
2. Hemiparézu (postižení jedné strany těla)
3. Kvadruparézu (postižení všech čtyř končetin)

2 Rizikové chování

Pojem rizikové chování zahrnuje širokou škálu méně závažných či více závažných projevů poruch chování. Existuje spousta autorů s různým vymezením pojmu rizikové chování. Rizikové chování podle Macka (2003) se rozděluje na dva druhy:

- poškození tělesného a duševního zdraví jedince,
- ohrožení společnosti, okolí.

Macek (2003) definuje pojem rizikové chování jako chování, které „*přímo nebo nepřímou ústí v psychosociální nebo zdravotní poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí.*“

Miovský a kolektiv (2010) definují rizikové chování tak, že v rizikovém chování dochází k nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince či společnost. Pojem rizikové chování nahrazuje dříve používaný termín sociálně patologické jevy.

Na pojem rizikové chování můžeme nahlížet z různých oborů, jako je například psychologie, kriminologie, sociální pedagogika a jiné. Pod rizikové chování spadá problémové, delikventní, asociální, antisociální a disociální chování (Sobotková, 2014).

Pojem rizikové chování zahrnuje extrémní projevy chování, které jsou běžné ve společnosti, experimentování jedinců v adolescenci i chování sebepoškozující a neobvyklé (Macek, 2003).

2.1 Oblasti rizikového chování

Do oblastí rizikového chování se zařazují (Durkin, 1995; Schulenberg, Maggs, Hurrelmann, 1997 in Macek, 2003):

- predeliktivní chování a páchaní trestné činnosti,
- agrese, násilí, šikana a týrání (včetně rasové nesnášenlivosti a diskriminace některých skupin),
- užívání drog (včetně alkoholu a kouření),
- sexuální rizikové chování (včetně předčasného mateřství a rodičovství),
- poruchy příjmu potravy,
- sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy.

Miovský, Čech (2012) v užším pojetí rozlišují základní typy rizikového chování:

1. záškoláctví,
2. šikanu a extrémní projevy agrese,
3. extrémně rizikové sporty a rizikové chování v dopravě,
4. rasismus a xenofobii,
5. negativní působení sekt,
6. sexuální rizikové chování,
7. závislostní chování (adiktologie).

V širším pojetí přidáváme další dva okruhy:

8. okruh poruch a problémů spojených se syndromem týraného a zanedbávaného dítěte,
9. spektrum poruch příjmů potravy.

Pojem rizikové chování zahrnuje extrémní projevy chování, které jsou běžné ve společnosti, experimentování jedinců v adolescenci i chování sebepoškozující a neobvyklé (Macek, 2003).

Světová zdravotnická organizace (WHO), která považuje adolescenty za samostatnou rizikovou skupinu, stanovila syndrom rizikového chování v dopívání. Syndrom rizikového

chování v dospívání zahrnuje tři oblasti. Tyto tři oblasti se navzájem kombinují, usnadňují společný vznik a mají společné příčiny (Hamanová, Kabíček in Sobotková, 2014).

Tři oblasti syndromu rizikového chování:

1. Zneužívání návykových látek – obecně dlouhodobě nepříznivý trend, klesá věk uživatelů a roste podíl dívčí populace.
2. Negativní jevy v oblasti psychosociálního vývoje – poruchy chování, delikvence, kriminalita, agrese, maladaptace, sociální fobie, suicidalita a sebepoškozování.
3. Rizikové chování v reprodukční oblasti – pohlavní nemoci, časté střídání partnerů, předčasné rodičovství, předčasný sex.

Školská klasifikace se dělí na tři skupiny:

1. Poruchy chování související s konfliktem - lhaní, krádeže a záškoláctví.
2. Poruchy chování související s násilím – šikana, agrese a loupeže.
3. Poruchy chování související se závislostí – toxikomanie a závislost na automatech (Cole, Visser, Upton in Vojtová, 2008).

Jiné třídění do čtyř skupin vychází z klasifikace, kterou uvádí Myschker (in Vojtová, 2008) z hlediska školského a psychiatrického:

1. Poruchy chování s externími vlivy – agrese, hyperaktivita, impulzivita, porucha pozornosti.
2. Poruchy chování s interními vlivy – strach, úzkostnost, komplex méněcennosti, ztráta zájmu o dění, poruchy spánku.
3. Nezralé sociální vztahy – infantilní chování, snadná unavitelnost, snížená výkonnost, snížená schopnost koncentrace.
4. Socializovaná delikvence – nezodpovědnost, vznětlivost, násilnické chování, poruchy vztahů.

2.2 Faktory ovlivňující vznik rizikového chování

Sobotková (2014) vymezuje tři základní skupiny faktorů:

1. Biologické faktory (pohlaví, vrozené handicapy, hormonální systém, tělesná konstituce a fyzická odolnost vůči bolesti).
2. Psychologické faktory (rysy osobnosti, sebepojetí, hodnotová orientace a postoje).
3. Sociální faktory (vliv prostředí, vliv vrstevníků, rodinný vliv a sociální chování adolescenta).

Toto rozdělení faktorů ovlivňujících vznik rizikového chování do těchto tří skupin uvádí také Fischer & Škoda (2008). Do biologických faktorů zařazují: věk, vrozené dispozice, úroveň mentálních schopností a poruch CNS, jako je ADD, ADHD a LMD. Do psychických faktorů zařazují motivaci, potřeby a seberealizaci s dosahováním cílů. Do třetí skupiny, do sociálních faktorů zařazují rodinu, prostředí, vliv vrstevníků a syndrom CAN.

Faktory ovlivňující dítě v riziku dle Matouška a Kroftové (2003): osobnost dítěte, rodinu, školu a společnost. Jsou to faktory, které se mohou vzájemně prolínat a jsou místy socializace. Děti tráví významnou část svého života ve škole, jsou tímto prostředím značně modelovány. Škola může ovlivnit žáky, rodiče i společnost. Škola může pomoci předejít rizikovému chování u dětí nebo naopak může přerušit zdravý vývoj chování nežádoucím směrem.

2.3 Rizikové jevy

2.3.1 Tabák

Tabák obsahuje nikotin a je nejčastěji užíván ve formě cigaret. Nikotin je toxický rostlinný alkaloid. Mezinárodní lékařské organizace řadí nikotin mezi látky vyvolávající závislost. Nikotin splňuje kritéria určující závislost, tudíž jedinci mají poté nutkání jej užívat nebo přes opakované pokusy užívání zanechat. Oproti žvýkání tabáku, se u kouření tabáku dostává nikotin do mozku mnohem rychleji, během několika sekund od vdechnutí. Závislost

na nikotinu se může vyvinout rychle. Mladí lidé riziko závislosti na nikotinu podceňují (Jha, Chaloupka, 1999).

„Drogová závislost na nikotinu vzniká množením receptorů, citlivých na nikotin, v mozku. Bohužel se jejich počet už během života nezmenší a proto naprostá většina těch, kdo jednou byli závislí na nikotinu, už nemůže být příležitostnými kuřáky“ (Králíková in Kalina, 2003, s. 206).

Králíková (in Kalina, 2003) uvádí akutní a dlouhodobé účinky závislosti na tabáku. Mezi akutní účinky patří: lokální podráždění, bolesti hlavy, nauzea, průjem. Tyto účinky mohou i nemusí jedince odradit. Pokud jedinec tyto účinky pod sociálním tlakem překoná, později už se neobjevují a rychle vzniká tolerance. Hlavní odvykací příznaky jsou: nezvladatelná touha po cigaretě (craving), podrážděnost, nervozita, změny nálad, smutek, deprese, poruchy spánku, únava, nesoustředěnost. Sociální a psychologická rizika jsou u tabáku minimální, o to větší jsou rizika somatická. Tabák nezmění stav psychiky jedince.

Kouření má závažný vliv na zdravotní stav. Na následky aktivního či pasivního kouření, umírá v České republice každý pátý člověk. Mezi nejčastější onemocnění patří onemocnění dýchacího systému, kardiovaskulárního systému, gastrointestinálního traktu, krve a psychosomatické či psychické obtíže (Sobotková, 2014).

2.3.2 Alkohol

Alkohol vzniká chemickým procesem kvašení ze sacharidů. Kvašení probíhá z jednoduchých cukrů (plody vinné révy) nebo z polysacharidů z obilovin či brambor. Vyšší koncentrace se dosahuje destilací. Termín „alkoholismus“ označuje nadměrnou konzumaci alkoholu. Je připisován švédskému lékaři Magnussu Hussovi, který tento termín poprvé použil roku 1849. V roce 1951 začal být alkoholismus dle WHO, považován za medicínský problém. Česká Republika patří mezi země s nejvyšší koncentrací alkoholu (Popov in Kalina, 2003).

Jellinek (in Kalina, 2003) rozlišuje 5 typů závislosti na alkoholu:

1. Typ alfa: „problémové pití“, k odstranění úzkosti, deprese, potlačení tenze, často pití o samotě.
2. Typ beta: „společenské pití“, časté pití ve společnosti, somatické poškození.
3. Typ gama: „anglosaský typ“, poruchy nad kontrolou pití, zvyšování tolerance na alkoholu, somatické a psychické postižení.

4. Typ delta: „románský typ“, chronická denní konzumace alkoholu, somatická závislost s tělesným poškozením.
5. Typ epsilon: „kvartální pijáctví“, občas úplné abstinence, častá varianta závislosti, mohou se vyskytnout afektivní poruchy.

Popis vývoje závislosti na alkoholu ve čtyřech vývojových fázích:

1. počáteční – symptomatické
2. varovné – prodromální
3. rozhodné – kruciólní
4. konečné – terminální (Jellinek in Kalina, 2003).

Křivohlavý (2001) uvádí cirhózu jater a Korsakovův syndrom jako příklad negativního vlivu přímého působení alkoholu. Do nepřímých a nepříznivých vlivů působení alkoholu, uvádí: dopravní nehody, kriminální činy a vraždy, agresivita, rizikový sex.

2.3.3 Drogy

Potřeba uniknout problémům či se povzbudit, bývá nejčastějším důvodem zneužívání návykových látek. Užívání návykových látek je spojeno s jistým druhem zábavy a s názorem, že s drogou dostává život smysl. Zneužívání těchto látek je úzce spojeno s krádežemi a kriminalitou. Nejčastěji užívaná nelegální droga je konopí, následně extáze. Jedinci ve věku 15 – 34 let vykazují vyšší míru prevalence užívání drog. Pětina má zkušenosti s konopím, 4% s extází, cca 2% s lysohlávkami a 2% s pervitinem. Ostatní drogy (včetně kokainu) nedosahují ani 1% (Mravčík, in Sobotková, 2014).

„Závislost znamená být něčím posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza. Závislost tak znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak i pomalu zničen“ (Křivohlavý, 2001, s. 204).

2.3.4 Šikana

„Šikana je úmyslné a opakované fyzické i psychické ubližování slabšímu jedinci (skupině) silnějším jedincem (skupinou)“ (Vágnerová, 2009, s. 11).

Petráčková, Kraus a kol. (1997) uvádějí šikanu jako: *„Hovorový výraz pro pronásledování, záměrné, zbytečné obtěžování, nespravedlivé obviňování, trestání, týrání.“*

Podle Říčana (1995) a Koláře (2005) se obětí může stát prakticky kterékoliv dítě. Herzog (2009) doplňuje Říčana (1995) a Koláře (2005), kdy tvrdí o šikaně, že není individuálním problémem, ale problémem sociálním. „*Mnohem důležitější než individuální zvláštnosti jsou dynamika, normy, hodnoty a pravidla skupiny*“ (Herzog 2009, s. 24).

„*Šikanování je těžkou poruchou vztahů ve skupině. Tato porucha má systémový charakter a zasahuje celou skupinu. V tomto smyslu by mělo být srozumitelnější, že šikanování nepoškozuje jenom oběti, ale i agresory, další členy skupiny a celou skupinu jako celek*“ (Kolář, 2000, s. 67).

2.3.5 Záškoláctví

Průcha (2003) definuje záškoláctví jako: „*Jev, kdy se žák úmyslně, bez omluvitelného důvodu a bez vědomí, popř. souhlasu rodičů se nezúčastňuje vyučování a zdržuje se mimo domov*“.

Oproti tomu Robert Čapek (2008) definuje záškoláctví jako: „*Záškoláctví je nejklasičtější asociální poruchou u dětí, kdy se jedná o absenci ve škole bez řádného omluvení rodiči či lékařem. Záškoláctví se dopouštějí jedinci, kteří neplní nebo nejsou schopni plnit školní povinnosti a dostávají se do stresujících situací (i ze strachu z potrestání rodiči). Patří sem i skupina dětí, které škola prostě nebaví*“.

2.3.6 Poruchy příjmu potravy

Vágnerová (2004) uvádí, že poruchy příjmu potravy jsou patologické změny postoje k vlastnímu tělu, neadekvátní hodnocení proporcí těla a neadekvátní hodnocení hmotnosti těla, z čehož vyplívá narušení alimentárního chování a narušení vztahu k jídlu. Vágnerová (2004) dále uvádí příklady negativních zkušeností, které mohou ovlivnit vztah jedince k vlastnímu tělu. Patří sem negativní sociální reakce, vysmívání se ohledně tloušťky, neúspěšnost a nízký sociální status, nesprávně interpretovaný v důsledku tělesné odlišnosti.

3 Prevence

V pedagogickém slovníku Průcha (2003) definuje prevenci jako – „*soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, poškození, sociálně patologickým jevům*“ (Průcha, 2003, s. 178).

Linhart (2002) chápe prevenci jako předcházení a zároveň chápe prevenci jako ochranu.

Prevence „*je zaměřena proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet. Prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti*“ (Kubátová, Machová, 2009, str. 14).

Čech (2012) vysvětluje prevenci jako opatření, která „*směřují k předcházení a minimalizování jevů spojených s rizikovým chováním a jeho důsledků, (...) jedná se o předcházení a minimalizaci různých souvisejících poruch a onemocnění, poškození, úrazů atd. a dále pak samotných projevů rozmanitých typů rizikového chování, které ohrožuje společnost a jedince v ní*“ (Čech, 2012, s. 107).

Nejčastěji se setkáváme s dělením na prevenci primární, sekundární a terciární (Novotná, Kremlíčková, 1997).

3.1 Primární prevence

„*Snaha o předcházení sociálně-patologických jevů ještě předtím, než jev nastane*“ (Kraus, 2008, s. 148).

a) Specifická primární prevence

Přímo se soustředí na oblast problému, v programech se má přímo hovořit o tom, jak rozpoznat problém. Trénink dovedností, které jedincům umožní bránit se určitému problému a následně problém oznámit (Švec, 2007).

b) Nеспецифická primární prevence

Kraus (2008) uvádí, že se jedná o jednorázové jednání, jež je zaměřené na předcházení určitého problému.

Miovský, Čáblová (2012) definují cílové skupiny primární prevence do 5 skupin:

1. Předškolní věk (3–6 let)
2. Mladší školní věk (6–12 let)
3. Starší školní věk (12–15 let)
4. Mládež (15–18 let)
5. Mladí dospělí (18–26 let)

Vágnerová (2008) uvádí předškolní věk v období mezi třetím až šestým rokem života. Konec fáze předškolního věku, není určen fyzickým věkem, nýbrž sociálně, a to nástupem do školy. Hlavním znakem této fáze je ten, že se dítě uvolňuje v návaznosti na rodinu. Dítě se začíná samo prosazovat a uplatňovat mezi vrstevníky. Začínají se osvojovat běžné normy chování, znalosti obsahů rolí a přijatelné úrovně komunikace. Avšak dětské myšlení je stále ještě egocentrické a prelogické. Myšlení je vázáno na subjektivní dojem a na aktuálnost situačního kontextu. Překonáním těchto bariér, je jedno z nejvýznamnějších úkolů předškolního věku, a je to předpokladem k nástupu do školy. Nástup do školy je velmi důležitý vývojový mezník.

V mladším školním věku, začínají děti uvažovat jiným způsobem než dřív. V jejich myšlení se objeví určité vývojové změny, které jim umožní zvládnout náročné učivo. Dětské rozumové schopnosti se rozvíjí dál. Piaget (1966) nazval způsob myšlení do konkrétních fází logických operací, typických pro mladší školní věk:

1. Respektování základních zákonů logiky
2. Respektování konkrétní reality

Střední školní věk je období, kde se rozvíjejí různé role. Mužská a ženská role se dotváří pod vlivem rodičovských vzorů a vlivem kontaktů s vrstevnickou skupinou. Tato role je součástí dětského sebepojetí. Souvislost rozvoje ženské či mužské role a také počátečních projevů rodičovského chování. Zdůrazňuje také fakt, že tato složka dětské identity se rozvíjí již dávno před pohlavním dozráváním. Tuto skutečnost považuje za obecně platný vývojový princip, kde se určitá funkce nejdříve připravuje na úrovni psychické a poté na úrovni biologické. Pokud, by se tak dělo obráceně, riziko neadekvátního chování, by se zvýšilo (Vágnerová, 2008).

Mládež a období adolescence je druhá fáze dlouhého časového úseku v období dospívání. Trvá přibližně od 15 do 20 let. Vstup do této fáze je biologicky ohraničen

pohlavním dozríváním. V tomto období se mění osobnost i její sociální pozice. Mladý člověk získá nové role, které jsou spojené s vyšším sociálním vzděláváním. Vázanost na rodinu je obvykle dokončena. Vztahy s rodiči se zklidňují a stabilizují. Vrstevníci jsou významnější než dřív. Partnerské vztahy jsou zralejší a pohlavní styk je považován za samozřejmost takového vztahu. Pokračuje se v přípravě na budoucí povolání, někteří již na konci tohoto období, nastupují do svého prvního zaměstnání (Vágnerová, 2008).

Počátek dospělosti není v naší společnosti jednoznačně vymezen specifickým mezníkem, který by tuto změnu potvrzoval. Jediný definovaný faktor je dosažení zletilosti, to však není pro společnost akceptovatelné, jako zásadní faktor pro změnu statusu na dospělost. Dospělost je určena biologicky a je vázána na věk. Psychosociální vymezení je složitější a u každého jedince individuální. Za nejvýznamnější znaky v dospělosti, lze považovat vlastní rozhodování a chování, samostatnost, zodpovědnost a relativní svoboda (Vágnerová, 2008).

Praktická část

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíle výzkumu a stanovení výzkumných otázek

Cíle i výzkumné otázky se zaměřují na dvě oblasti. První oblastí je prozkoumání projevů rizikového chování a oblastí druhou je prevence.

1. Cílem práce bylo zjistit, zda se u žáků s tělesným postižením vyskytuje rizikové chování. Pokud ano, jaké formy.
2. Cílem práce bylo popsat strategie, směřující k prevenci z pohledu školy a žáka.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že více než polovina žáků zkusila vykouřit cigaretu?

Výzkumná otázka č. 2 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že více, než polovina žáků ochutnat alkohol?

Výzkumná otázka č. 3 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že žáci nevyzkoušeli žádnou z uvedených drog, kromě marihuany?

Výzkumná otázka č. 4 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že se méně než polovina žáků stala obětí šikany?

Výzkumná otázka č. 5 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že se více než 90% žáků setkalo ve škole s preventivními programy?

4.2 Charakteristika výzkumné metody a výzkumného vzorku

Pro zkoumání dané problematiky byl zvolen smíšený výzkumný design. Vzhledem k tématu a výběru respondentů, jsem zvolila efektivní metodu dotazování, tedy dotazník. Dotazník obsahoval otázky na rizikové chování a následně na prevenci. Dotazníky byly písemně zpracovány a byly anonymní. Dotazníky byly rozdány žákům středních škol Jedličkova Ústavu, kde jsem vykonávala souvislou praxi. V kvalitativní části byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval 6 otevřených otázek na školní primární prevenci v Jedličkově Ústavu. Rozhovor probíhal se školní metodičkou prevence.

Kvantitativní metoda výzkumu

Kvantitativní výzkum jsem si zvolila, protože jsem zkoumala více jedinců a výsledek jsem chtěla zobecnit. Hendl (2005) uvádí přednosti kvantitativního výzkumu. Testování a platnost teorií. Zobecnění na populaci. Konstruování situací, zrušením rušivých proměnných a prokázání vztahu příčin a účinků. U kvantitativního výzkumu je také rychlý sběr dat a informací. Získávají se přesná číselná data. Pomocí počítačů je analýza dat rychlá. Výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi. Kvalitativní výzkum je užitečný při zkoumání více jedinců.

Kvalitativní metoda výzkumu

Shodují se s názory, že, *někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, jiní zase jako protipól nebo vyhraněnou výzkumnou pozici ve vztahu k jednotné, na přírodovědných základech postavené vědě. Postupně získal kvalitativní výzkum v sociálních vědách rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu*“ (Hendl, 2005, s. 49).

Významný metodolog Creswell (1998, s. 12) definoval kvalitativní výzkum takto: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založen“ na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ In Hendl (2005, s. 50)

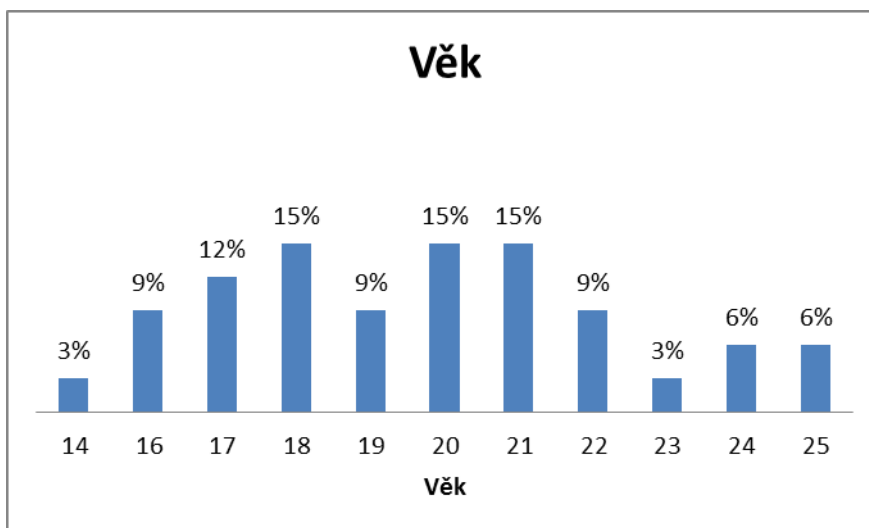
4.3 Výsledky výzkumného šetření – vlastní výzkum

4.3.1 Dotazník – Kvantitativní metoda

Kvantitativní dotazník byl vypracován v písemné podobě. Dotazník obsahuje celkem 11 otázek, pod některé spadají další podotázky. První 4 otázky jsou identifikační a zjišťují u respondentů jejich věk, pohlaví, typ tělesného postižení, ročník a studovaný obor. Další otázky se týkají rizikových jevů: kouření, alkoholu, drog, záškoláctví, šikany a poruch příjmu potravy. Konečné otázky v dotazníku se týkají prevence. Celkem jsem rozdala 55 dotazníků, ale bohužel se mi jich vrátilo pouze 34. Příloha A - Dotazník

Otázka číslo 1 – Věk

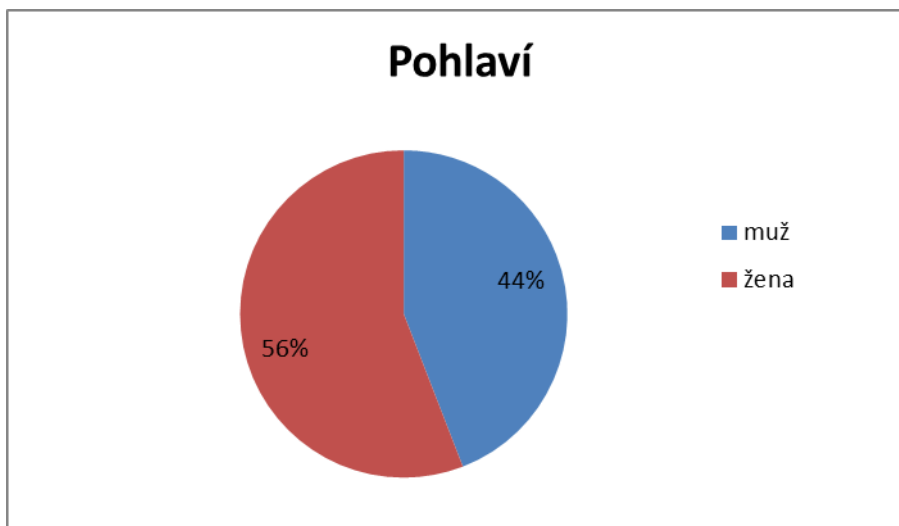
Graf 1: Věk respondentů



Respondentů bylo celkem 34, z toho 1 respondent měl věk 14 let (3%), 3 respondenti 16 let (9%), 4 respondenti 17 let (12%), 5 respondentů 18 let (15%), 3 respondenti 19 let (9%), 5 respondentů 20 let (15%), 5 respondentů 21 let (15%), 3 respondenti 22 let (9%), 1 respondent 23 let (3%), 2 respondenti 24 let (6%) a poslední 2 respondenti 25 let (6%).

Otázka číslo 2 – Pohlaví

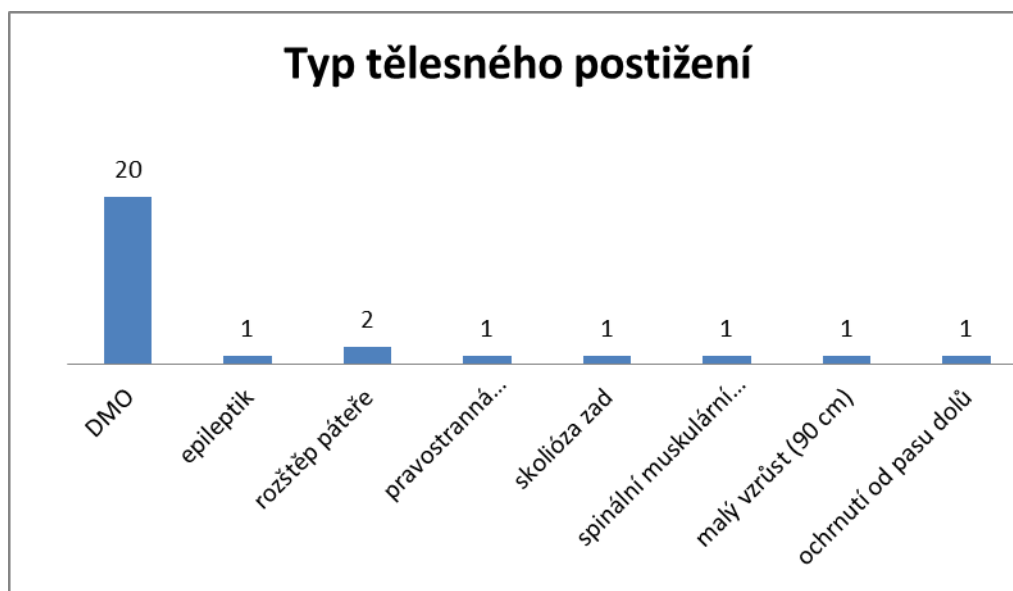
Graf 2: Pohlaví respondentů



Z 34 respondentů převažovala větší část žen. U žen odpovědělo 19 respondentů (56%) a u mužů odpovědělo 15 respondentů (44%).

Otázka číslo 3 - Typ tělesného postižení

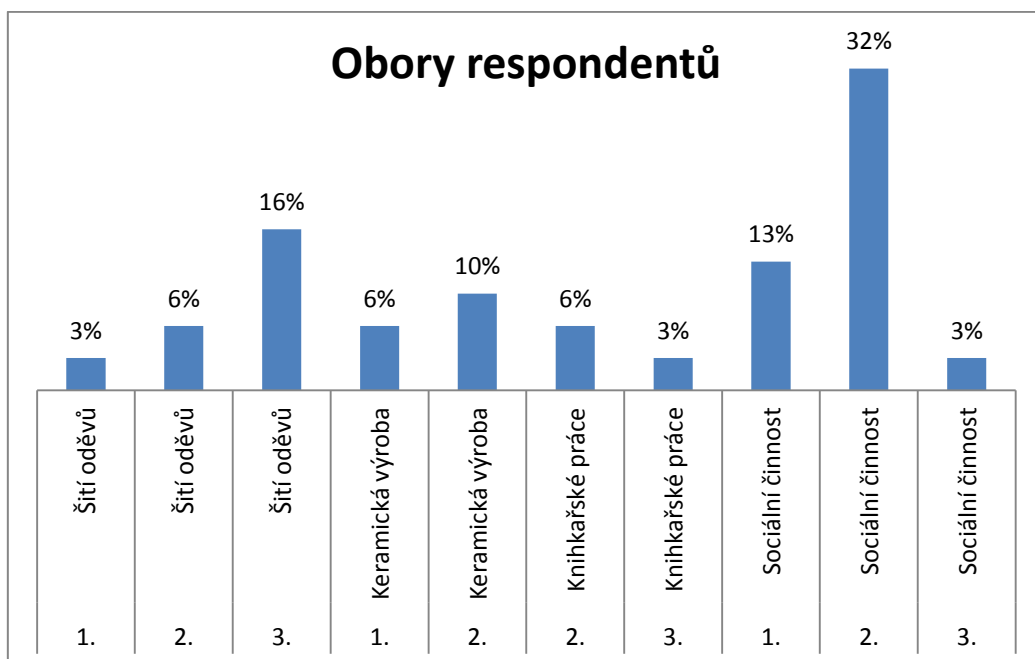
Graf 3: Typ tělesného postižení respondentů



Z 34 respondentů má většina respondentů DMO (69%). 2 respondenti mají rozštěp páteře (7%). Po jednom respondentovi byla zodpovězena odpověď: epilepsie, pravostranná hemiparéza, skolióza zad, spinální muskulární atrofie, malý vzrůst a ochrnutí od pasu dolů. 6 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Otázka číslo 4 – Jste studentem ročníku, oboru

Graf 4: Obory a ročníky respondentů



Respondenti jsou ze čtyř oborů: Šití oděvů, keramická výroba, knihařské práce a sociální činnost. Nejvíce respondentů odpovědělo z oboru – Sociální činnost.

Šití oděvů – z 1. ročníku odpověděl 1 respondent (3%), z 2. ročníku odpověděli 2 respondenti (6%) a z 3. ročníku odpovědělo 5 respondentů (16%).

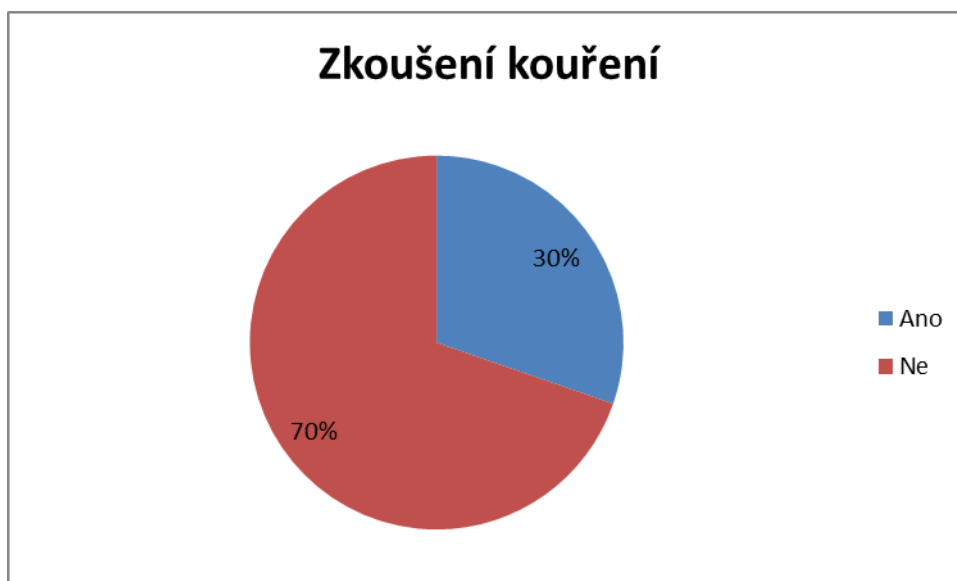
Keramická výroba – z 1. ročníku odpověděli 2 respondenti (6%) a z 2. ročníku odpověděli 3 respondenti (10%).

Knihařské práce – z 2. ročníku odpověděli 2 respondenti (6%) a z 3. ročníku odpověděl 1 respondent (3%).

Sociální činnost – z 1. ročníku odpověděli 4 respondenti (13%), z 2. ročníku odpovědělo 10 respondentů a z 3. ročníku odpověděl 1 respondent (3%).

Otázka číslo 5 – Zkusil/a jste někdy vykouřit cigaretu?

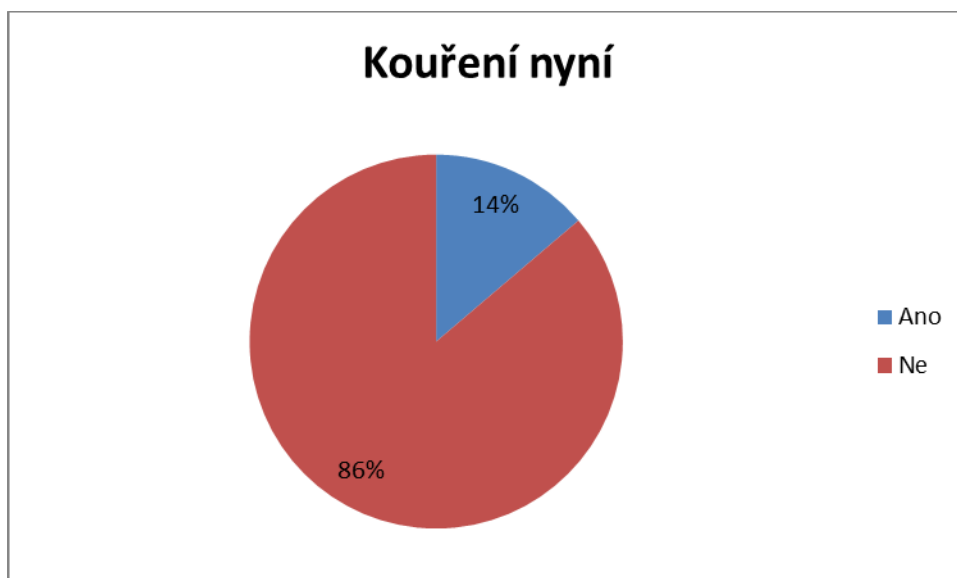
Graf 5: Zkušenost respondentů s kouřením



Z 33 respondentů vyzkoušelo 10 respondentů vykouřit cigaretu. Zbýlých 23 respondentů, cigaretu nikdy nezkusilo.

Kouříte nyní?

Graf 6: Kouření respondentů v současnosti



Z 29 respondentů kouří nyní 4 respondenti. Zbýlých 25 respondentů v současné době nekouří.

Pokud ano, kolik cigaret denně vykouříte?

Ze 4 respondentů, kteří kouří, odpověděli 3 respondenti. Jeden z respondentů vykouří denně 10 cigaret, další respondent vykouří 7 cigaret denně a poslední respondent vykouří 6 cigaret denně.

V kolika letech jste s kouřením začal/a?

Na otázku odpověděli 4 respondenti, kteří v současné době kouří. 3 respondenti začali s kouřením ve věku 15 let. Čtvrtý respondent začal s kouřením ve věku 18 let.

Co Vás k tomu vedlo?

3 respondenti měli touhu vyzkoušet vykouřit cigaretu. Jednoho z respondentů k tomu vedlo působení vrstevníků/kamarádů a jednoho respondenta k tomu vedly konflikty v rodině.

Otázka číslo 6 - Ochutnal/a jste někdy alkohol?

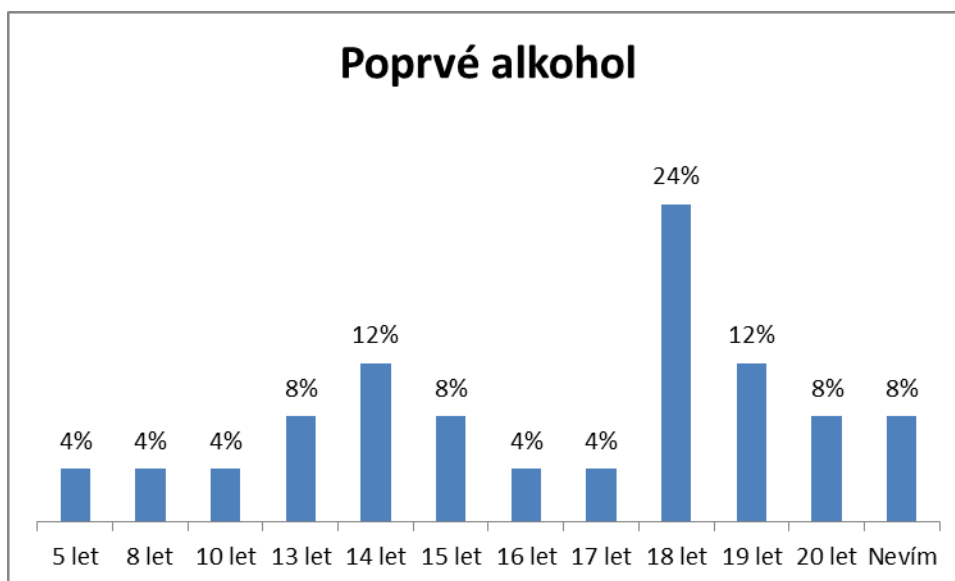
Graf 7: Zkušenost respondentů s alkoholem



Na tuto otázku odpovědělo všech 34 respondentů. 27 respondentů (79%) vyzkoušelo ochutnat alkohol. Zbýlých 7 respondentů (21%) nezkusilo ochutnat alkohol.

Pokud ano, v kolika letech poprvé?

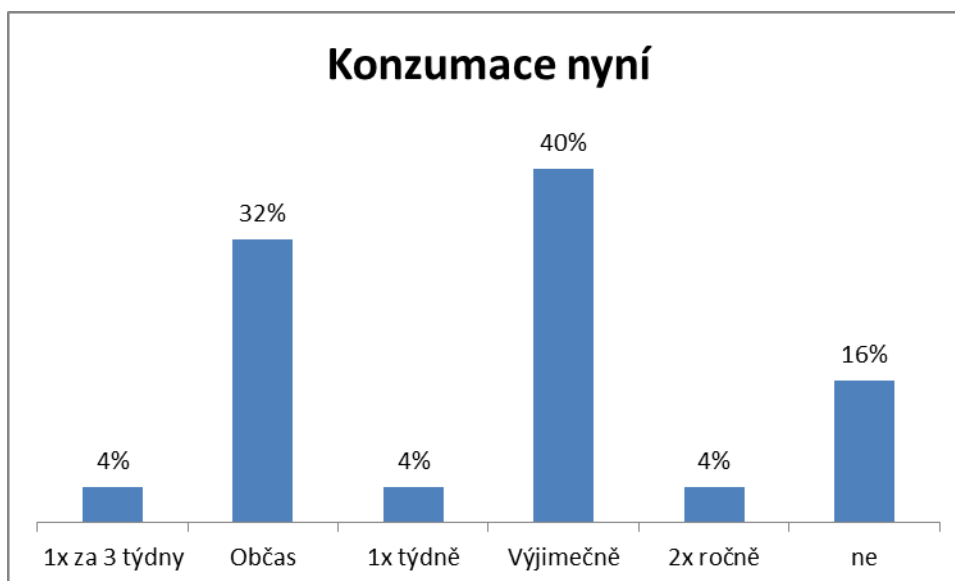
Graf 8: První zkušenost s alkoholem u respondentů



Z 27 respondentů, co někdy ochutnali alkohol, odpovědělo na tuto otázku 25 respondentů. Tři respondenti vyzkoušeli ochutnat alkohol velmi brzo. Jeden respondent v pěti letech, druhý respondent v osmi letech a třetí v deseti letech. Dva respondenti vyzkoušeli poprvé pití alkoholu ve třinácti letech. Ve čtrnácti letech letech odpověděli 3 respondenti. V patnácti letech 2 respondenti, v šestnácti a sedmnácti letech po jednom respondentu. Nejvíce respondentů 6 (24%), ochutnalo poprvé alkohol v 18 letech. V 19 letech vyzkoušeli alkohol poprvé 3 respondenti, ve 20 letech 2 respondenti a poslední 2 respondenti neví, kolik jim bylo let, když poprvé ochutnali alkohol.

Jak často nyní konzumujete alkohol?

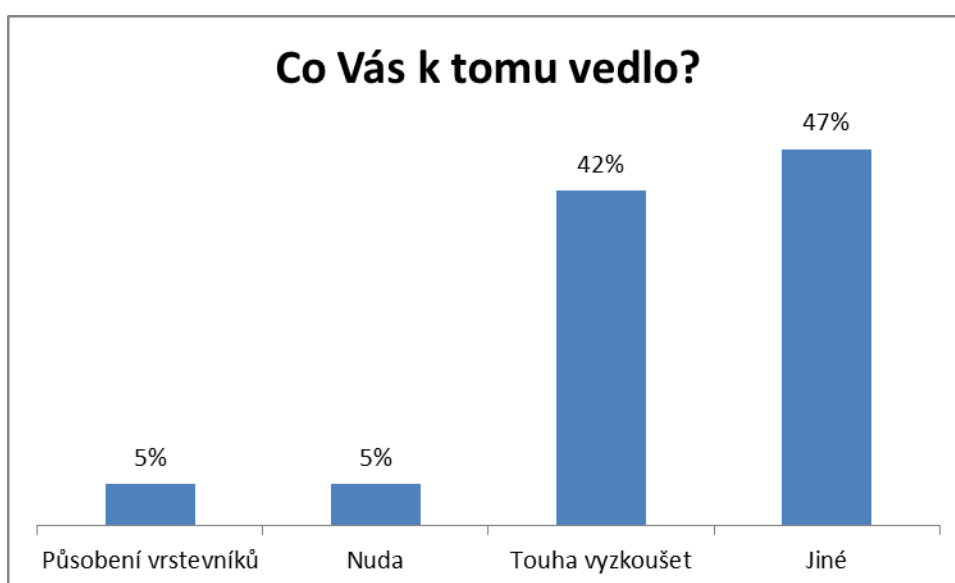
Graf 9: Pití alkoholu u respondentů v současnosti



Z 25 zodpovězených respondentů, 10 respondentů (40%) pije výjimečně. Někteří respondenti k této odpovědi připsali do závorky přípitek na oslavách. 8 respondentů (32%) konzumuje nyní alkohol občasně. Po jednom respondentovi byla zodpovězena odpověď: jednou za týden, jednou za tři týdny a dvakrát za rok. Zbylí 4 respondenti (16%), kteří na tuto otázku odpověděli, nekonzumují alkohol vůbec.

Co Vás k tomu vedlo?

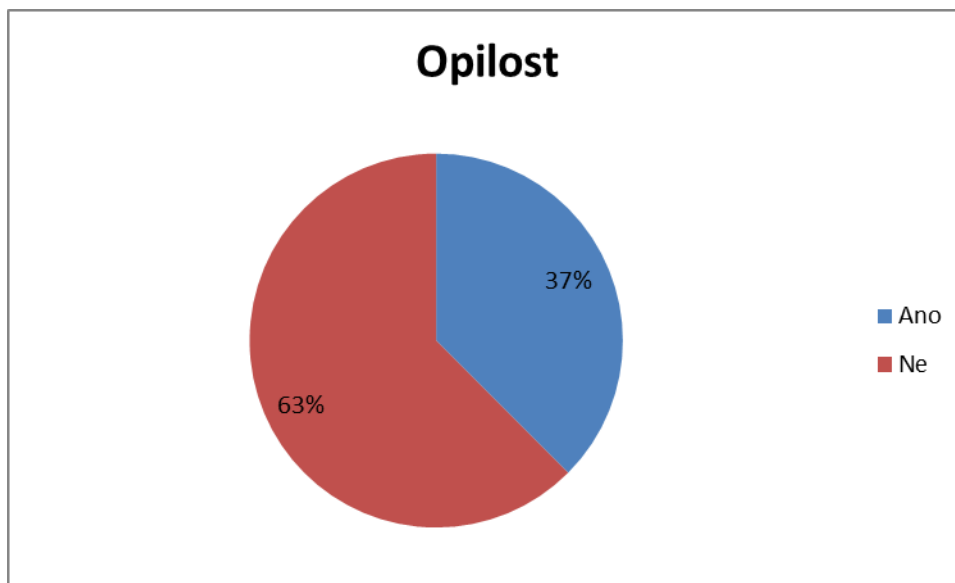
Graf 10: Důvody respondentů, ohledně pití alkoholu



Na tuto otázku odpovědělo 19 respondentů. 9 respondentů (47%) uvedlo jinou odpověď, jako přípitek nebo oslavy. Dalších 8 respondentů (42%) mělo touhu vyzkoušet alkohol. 1 respondent (5%) odpověděl, že vyzkoušel alkohol z důvodu vlivu působení vrstevníků/kamarádů. Další respondent vyzkoušel alkohol z důvodu nudy.

Byl/a jste někdy opilýá?

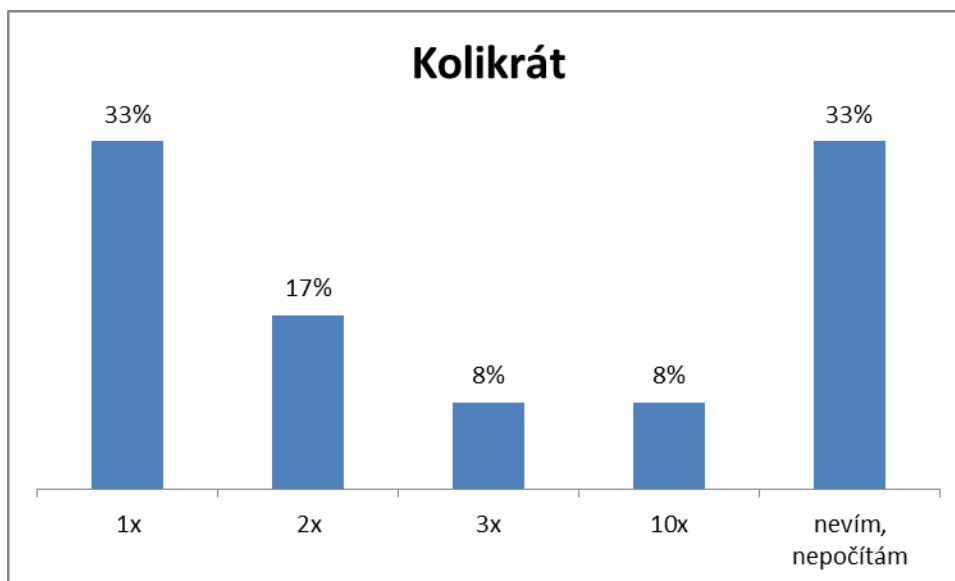
Graf 11: Opilost respondentů



Z 32 zodpovězených respondentů odpovědělo 20 respondentů (63%), že nebyli nikdy ve stavu opilosti. 12 respondentů (37%) odpovědělo, že ano.

Pokud ano, tak kolikrát?

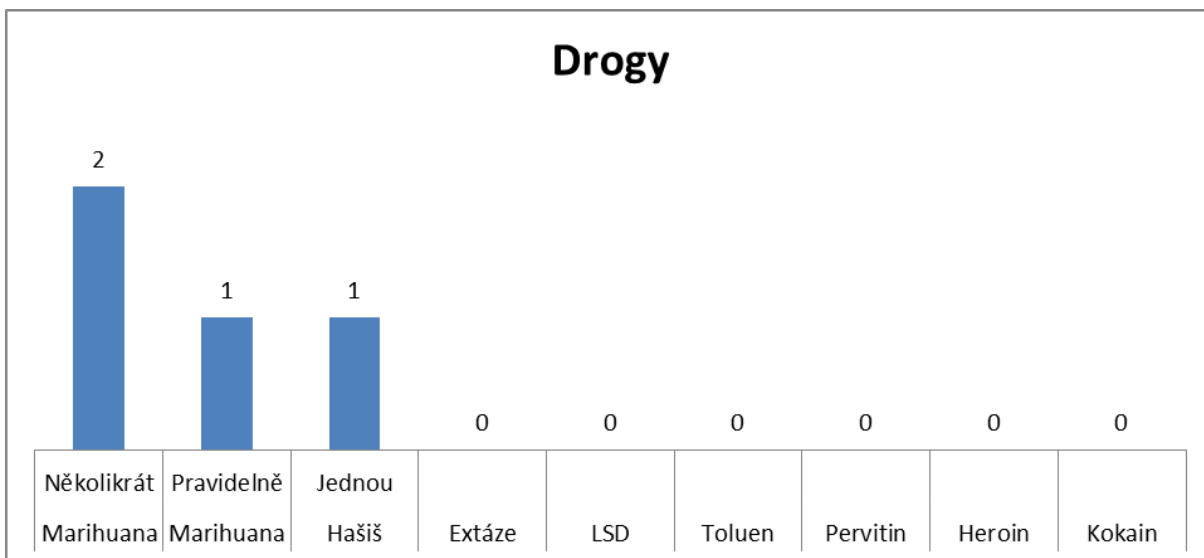
Graf 12: Kolikrát se respondenti opili



Na tuto otázku odpovědělo pouhých 12 respondentů. 4 respondenti (33%) se opili pouze jednou. 2 respondenti (17%) se opili dvakrát. Jeden respondent odpověděl, že se opil třikrát a druhý respondent odpověděl, že se opil desetkrát. 4 respondenti (33%) odpověděli, že nevědí nebo že to nepočítají.

Otázka číslo 7 - Zkusil/a jste někdy některou z níže uvedených drog?

Graf 13: zkušenost respondentů s drogami



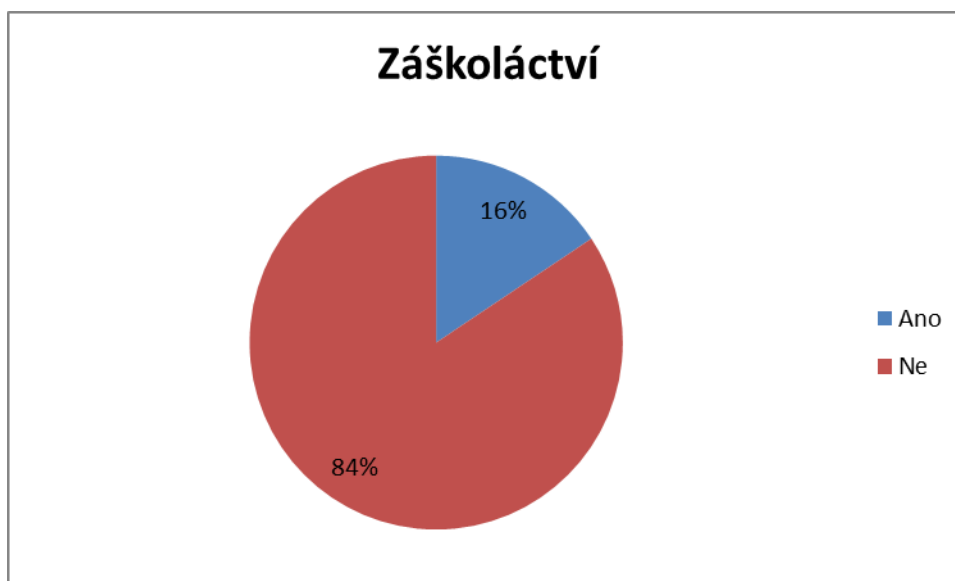
Na otázku odpověděli 4 respondenti. 2 respondenti vyzkoušeli několikrát marihuanu. Jeden respondent pravidelně marihuanu užívá. Hašiš vyzkoušel jeden respondent jednou.

Co Vás k tomu vedlo?

2 respondenti, kteří marihuanu zkusili několikrát, odpověděli, buď z důvodu touhy vyzkoušet si drogu nebo z důvodu ovlivnění vrstevníků/kamarádů. Jeden respondent uvedl, že marihuanu užívá pravidelně, a to ze zdravotních důvodů. Dokonce jeden respondent jednou z touhy vyzkoušel hašiš.

Otázka číslo 8 - Byl/a jste někdy za školou?

Graf 14: Záškoláctví u respondentů



Na otázku odpovědělo 32 respondentů. 27 respondentů (84%) se nikdy neúčastnilo záškoláctví, ale zbylých 5 respondentů (16%) ano.

Pokud ano, tak jak často:

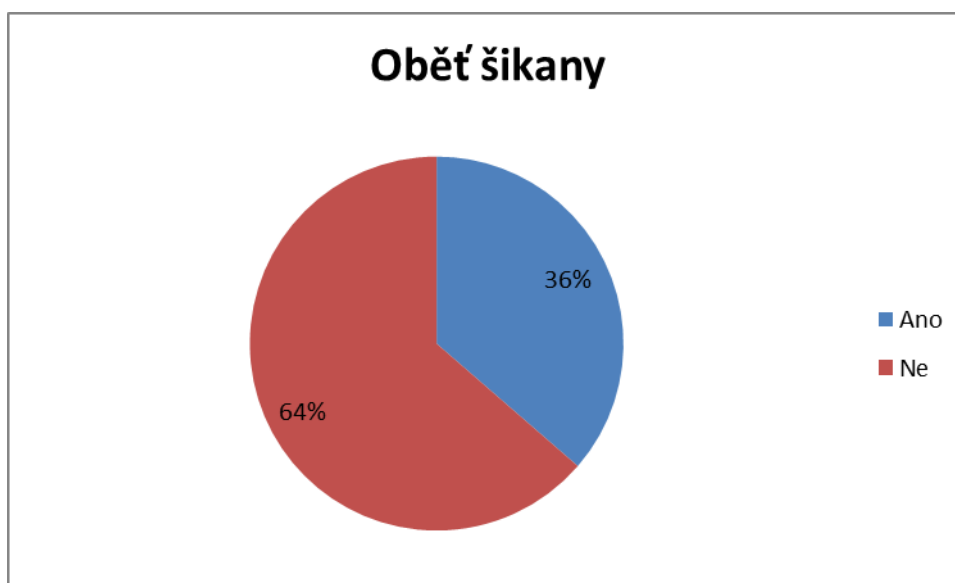
Každý ze tří respondentů se účastnil záškoláctví pouze jednou.

Co Vás k tomu vedlo?

Jeden respondent odpověděl, že to bylo z důvodu nudy a druhý odpověděl, že ze zdravotních důvodů.

Otázka číslo 9 - Stal/a jste se někdy obětí šikany?

Graf 15: Respondenti obětí šikany



Z 33 respondentů se stalo 12 respondentů (36%) obětí šikany. Zbylých 21 respondentů (64%) se obětí šikany nikdy nestali.

Pokud ano, co se stalo?

Respondenti, kteří odpověděli na tuto otázku, se setkali buď s fyzickou, psychickou nebo dokonce i s fyzickou a psychickou šikanou zároveň. Všechny odpovědi jsou závažné, některé až otřesné. Odpovědi typu: „Šikana na základní škole asistentkou a spolužáky.“, „ZŠ učitel.“, „Šikanovali mě na zastávce a kopali do mě.“ Nebo „Byla jsem na táboře zamknutá v místnosti, slovně napadána a nakonec i fyzicky.“. Mezi další odpovědi se řadila spíše už šikana od vrstevníků nebo spolužáků. Například: „Na ZŠ mi nadávali vulgárně, házeli po mně papírky, propisky a tak. A brali mi věci a schovávali.“, „Házení kuliček plastových kolem hlavy.“, „Spolužáci se mi občas posmívali.“ nebo „Podle nálady.“. Proběhla i šikana se sexuálním podtextem v odpovědi: „Dolézání svlékání.“. V jedné odpovědi se dokonce objevila i kyberšikana. „Libila jsem se příteli kamarádky a ona mi pak nadávala na facebooku a chtěla se semnou poprat.“.

Účastnil/a jste se někdy fyzických nebo psychických útoků proti jiné osobě?

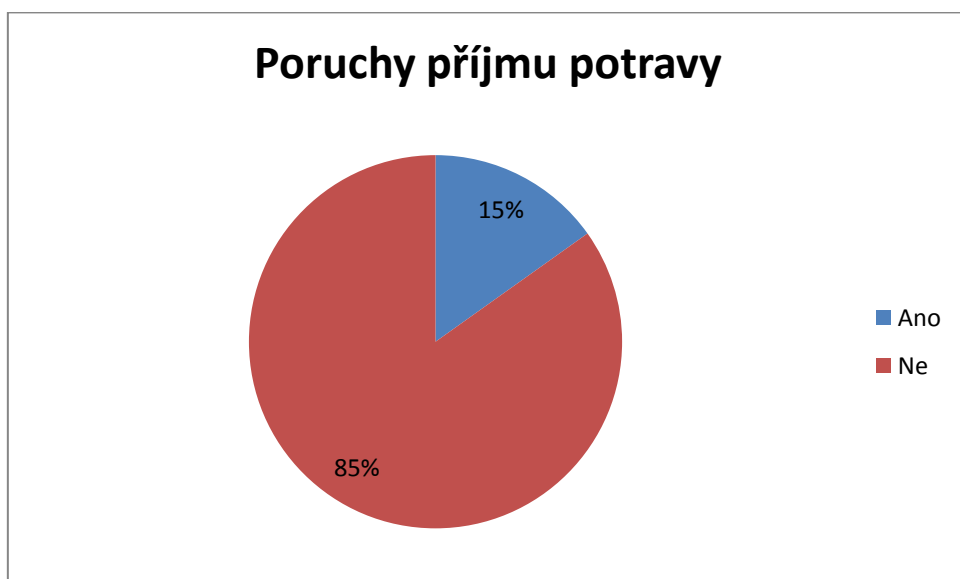
Graf 16: Účast respondentů na útoku proti jiné osobě



Z 31 respondentů se 9 respondentů (29%) účastnilo útoků proti jiné osobě. Zbýlých 22 respondentů (71%) se žádných útoků proti jiné osobě nikdy neúčastnilo.

Otázka číslo 10 - Měl/a jste někdy problémy s poruchami příjmu potravy?

Graf 17: Poruchy příjmu potravy u respondentů



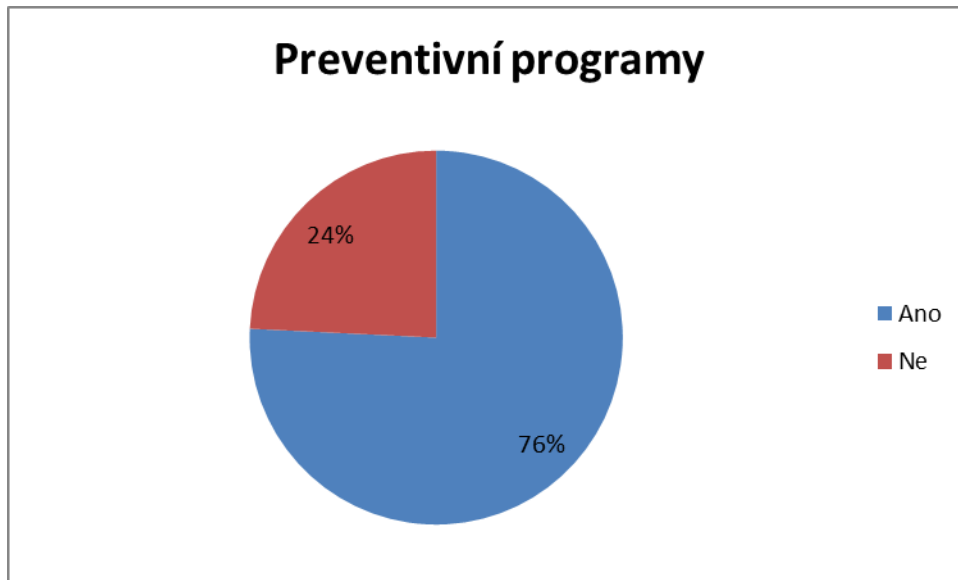
Z 33 respondentů se s poruchami příjmu potravy setkala 5 respondentů (15%), zbylých 28 respondentů (85%) se s poruchami příjmu potravy nikdy neseťkalo.

Pokud ano, s jakými a proč?

Tuto otázku nikdo neodpověděl.

Otázka číslo 11 - Setkal/a jste se někdy ve škole s nějakými preventivními programy?

Graf 18: Respondenti a preventivní programy



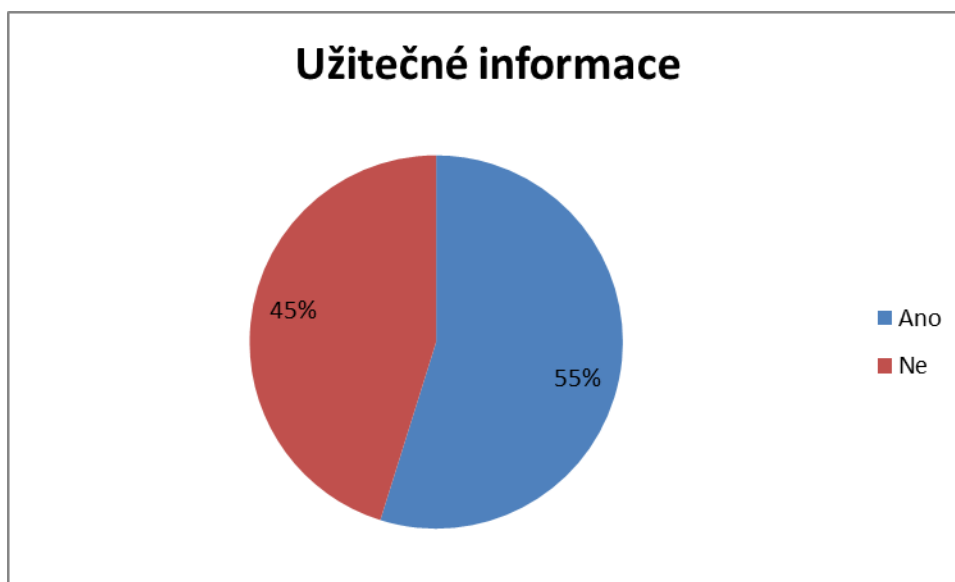
Z 33 respondentů se 25 respondentů (76%) setkala s preventivními programy ve škole, avšak 8 respondentů (24%) se nikdy neseťkalo s preventivními programy.

Pokud ano, vypište s jakými:

Respondenti odpovídali, že se nejvíce setkali s přednáškami na téma: drogy, šikana a kyberšikana. Na tyto tři témata zaznělo nejvíce odpovědí. Dále zazněly odpovědi na další velmi důležité přednášky na téma: alkohol, kouření, poruchy příjmu potravy, kriminalita, sexuální výchova, pohlavní nemoci a náboženství. Velká část respondentů se zmínila o programech a přednáškách s policií, například ohledně bezpečnosti.

Myslíte si, že jste si z těchto preventivních programů, odnesl/a užitečné informace?

Graf 19: Užitečné informace



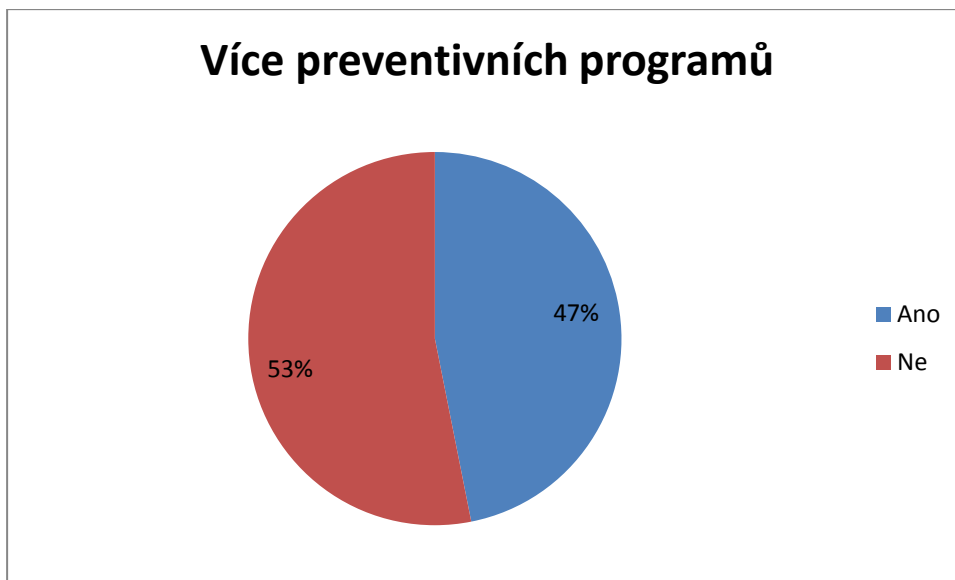
Z 31 respondentů si 17 respondentů (55%) odneslo z preventivních programů užitečné informace. 14 respondentů (45%) si bohužel žádné informace z preventivních programů neodnesli.

Pokud ano, co Vás nejvíce zaujalo?

Respondenty z preventivních programů zaujalo to, že to pro mě bylo ponaučení, že si mají dávat pozor a jak mohou těmto problémům předcházet. Respondenty zaujalo řešení příběhů z praxe, hry, podrobné vysvětlení problémů a hlavně se naučit nebát se někomu povědět o problému. Někteří respondenti opět uvádí mezi odpovědi policii, například: „Osobnost policajta, hezky mluvil. „Mám rád policii“.“ nebo „Sexy policista.“. Mezi další odpovědi se respondenti zmiňovali o tom, že nemají kouřit, aby nedostali rakovinu, dále pak zmiňovali odpověď, jak se bránit proti šikaně. Jeden respondent odpověděl jasné heslo: „Neber drogy!“.

**Mělo by se preventivních programů zaměřených na rizikové chování ve školách
dělat více?**

Graf 20: Více preventivních programů



Na otázku odpovědělo 32 respondentů. 15 respondentů (47%) by chtělo, aby se preventivních programů zaměřených na rizikové chování, dělalo více. Větší polovina totiž 17 respondentů (53%), by nechtělo více preventivních programů na rizikové chování ve školách.

Co si myslíte, že by představovalo nejlepší prevenci?

Na tuto otázku odpovídali respondenti různorodě. Nejlepší prevenci by představovaly: programy, pravidelné kontroly či besedy a vlastní zkušenosti od lidí, kteří si určitý problém prožili. Například: „*Udělat program přímo s lidmi, kterých se tato témata osobně týkala -> drogově závislí, trestanci...*“ Respondenti odpověděli, že by se mělo předcházet šikaně na školách a zároveň by se mělo na školách učit o drogách a jejich následcích nebo o sexuální výchově a náboženství. Nejlepší prevenci by také podle respondentů představovaly programy proti kouření, drogám a šikaně. Jeden respondent odpověděl, že by se problémy měli řešit více i doma s rodiči, další respondent dodal, že nejlepší prevenci představují rodiče, škola a policie. Dva respondenti na tuto otázku odpověděli, že by se chtěli podrobně dozvědět, co opravdu způsobuje rakovinu. Dále uvádím příklady odpovědí, které mě zaujaly: „*Kdyby se náznaky řešily včas.*“, „*Muzikoterapie, každý den!*“, „*Aby si to vyzkoušel sám a aby mu bylo co nejvíc blbě.*“ a „*Neustále si připomínat to nebezpečí.*“.

4.3.2 Výsledky výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že více než polovina žáků zkusila vykouřit cigaretu?

Tato výzkumná otázka se nepotvrdila. Pouhých 30 % žáků zkusilo vykouřit cigaretu.

Výzkumná otázka č. 2 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že více, než polovina žáků ochutnat alkohol?

Tato výzkumná otázka se potvrdila. Většina žáků 79 %, již ochutnala alkohol.

Výzkumná otázka č. 3 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že žáci nevyzkoušeli žádnou z uvedených drog, kromě marihuany?

Tato výzkumná otázka se potvrdila. Žáci opravdu nevyzkoušeli extázi, LSD, toluen, pervitin, heroin ani kokain. Avšak dva žáci vyzkoušeli několikrát marihuanu. První žák byl ovlivněn několikrát kamarády, druhý měl touhu marihuanu několikrát vyzkoušet. Jeden žák pravidelně marihuanu užívá, ze zdravotních důvodů. Hašiš vyzkoušel jeden žák a to pouze jednou.

Výzkumná otázka č. 4 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že se méně než polovina žáků stala obětí šikany?

Tato výzkumná otázka se potvrdila. 36 % žáků se stalo obětí šikany.

Výzkumná otázka č. 5 – Potvrdí dotazník můj předpoklad, že se více než 90% žáků setkalo ve škole s preventivními programy?

Tato výzkumná otázka se nepotvrdila. 76 % žáků se setkalo ve škole s preventivními programy.

4.4 Shrnutí kvantitativní výzkumné části

Kvantitativní dotazník jsem rozdala ve školách Jedličkova Ústavu, v průběhu konání mé souvislé praxe. Z 55 dotazníků byla celková návratnost 34 dotazníků. V mé práci zjišťuji rizikové chování u jedinců v adolescentním věku, tudíž věkové rozmezí respondentů bylo mezi 14 až 25 lety. O 4 respondenty více, převažovala větší část žen, s počtem 19. U většiny respondentů (69%), převažovala nejvíce dětská mozková obrna. Dotazník jsem rozdala do čtyř oborů středních škol, a to do oborů: šití oděvů, keramická výroba, knihařské práce a sociální činnost. Nejvíce respondentů odpovědělo z oboru sociální činnost. Z 33 respondentů, vyzkoušelo 10 respondentů vykouřit cigaretu. Což mě překvapilo, protože jsem čekala, že ano odpoví většina respondentů. V současné době kouří 4 respondenti, z nichž 3 začali kouřit v nízkém věku a to v patnácti letech. Čtvrtý respondent začal kouřit v osmnácti. Respondenti, kteří kouří denně, odpověděli, že vykouří 6, 7 a 15 cigaret denně. 15 cigaret denně je podle mě už špatná a velká závislost na nikotinu. Respondenti uváděli mezi důvody kouření: touhu vyzkoušet, vliv vrstevníků nebo kamarádů a konflikty v rodině. První dva důvody jsou velmi časté u všech jedinců, kteří vyzkoušeli kouřit cigaretu. Na rozdíl od cigaret, alkohol vyzkoušelo 27 respondentů (79%) z 34. Co mě šokovalo, bylo to, že první konzumace alkoholu proběhla u někoho již v pěti, osmi či desíti letech. Myslím si, že to bylo například u toho, nyní uvedu krátký příklad. Tatínek si otevřel u televize pivo a dítě od něj chtělo pivo ochutnat. Tak tatínek svolil k ochutnání. Co si budeme povídat, většina z nás někdy vyzkoušela vykouřit cigaretu či ochutnal alkohol. Ovšem tato zkouška by se měla učinit až v plnoletém věku. Nejvíce respondentů pije výjimečně a to při přípitku na oslavách, což je jeden z důvodů ochutnání alkoholu. Dalším z důvodů je nuda a stejně jako u cigaret, touha vyzkoušet či vliv vrstevníků nebo kamarádů. Více než polovina (63%) respondentů, nebyla nikdy opilá. 4 respondenti byli opilí jednou, 2 respondenti dvakrát, 1 respondent třikrát, 1 respondent desetkrát a 4 respondenti nevědí. Ze všech 12 respondentů, jsou všichni plnoletí. V kouření cigaret a pití alkoholu nevidím žádné větší problémy. Co se týče záškoláctví, většina (84%) respondentů, nikdy nebyla za školou. 3 z 5 respondentů uvedli, že byli za školou pouze jednou, a to z nudy nebo ze zdravotních důvodů. Záškoláctví vidím opět jako bezproblémové. 12 respondentů uvedlo, že se stalo obětí šikany. To už je závažnější situace a tato problematika by se měla více hlídat, pokud se tak děje ve školách. Vyskytuje se psychická i fyzická šikana. Respondenti uváděli šikanu učitelem základní školy nebo asistentkou. Nepochopím, jak může osoba, která pracuje s dětmi, učí je, vychovává je, pomáhá jim atd., jak se může dopustit takové ohavnosti, jako je šikana dítěte nebo žáka.

Poruchy příjmu potravy se u respondentů vyskytují minimálně. 5 respondentů se setkala s poruchami příjmu potravy, dále však tuto odpověď nerozváděli. S preventivními programy ve škole se setkala většina respondentů (76%). Z 27 respondentů si 17 respondentů odneslo užitečné informace. Zbylí respondenti, museli být zrovna v době probíhání těchto programů, nemocní nebo pryč, jinak si to nedokážu vysvětlit. Paradoxem je to, že větší část (53%), by nechtěla více preventivních programů. Jako na všech základních a středních školách, probíhají nejčastěji přednášky o drogách, šikaně, kyberšikaně alkoholu, kouření, kriminalitě atd. Jsou to velmi zajímavé přednášky. Zjistila jsem, že většina respondentů má ráda policii ČR a jejich připravené přednášky na dané téma. Respondenty zaujalo z preventivních programů: podrobné vysvětlení problému, jak problému předcházet a hlavně se nebát o problému povědět. S tím souhlasím, a celkově všechny odpovědi respondentů jsou dobré. Nejlepší prevenci by představovali různé programy, besedy atd. Mně se však nejvíce líbí, vlastní zkušenost od člověka, který si danou problematiku prožil. Dále se mi líbí, že by se měly problémy řešit doma, ve škole a při nejhorším i s policií. U odpovědi: „Muzikoterapie, každý den!“, se mi objevil úsměv na tváři.

4.4.1 Rozhovory – Kvalitativní metoda

1) Rozhovor – školní metodik prevence

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval šest otevřených otázek. Otázky týkající se prevence na školách Jedličkova Ústavu. Rozhovor ohledně prevence mi poskytla školní metodička prevence. V průběhu rozhovoru jsem si zaznamenávala odpovědi na papír.

Příloha B – Rozhovor – školní metodik prevence

Metodička prevence spíše vybírá z preventivních programů realizovaných městskou policií (*„Naši žáci mají preventivní programy s policií velmi rádi. Policie má vždy dobře připravené programy a po skončení vedou s žáky diskuzi a zpětnou vazbu“*). Městská policie tyto programy realizuje pravidelně (*„vždy k nám přijdou čtyři zaměstnanci od policie“*). Z výpovědi metodičky je tedy znát, že se raději přiklání k ověřeným postupům (*„najela jsem na režim, na který jsme se žáky zvykli“*).

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zaměřuji na užívání jednotlivých látek (nikotin, alkohol aj.), zařadila jsem otázku, která se zaměřovala zejména na tuto problematiku. Škola realizuje programy s organizacemi specificky zaměřenými na danou problematiku (*„využíváme například od organizace Nekuřátka, různé protialkoholové organizace*). Metodička prevence je dobře obeznámena se situací týkající se rizikových jevů v JÚ. (*„Kouření je u nás povoleno pouze na vyhrazených místech pro kuřáky. Problematika ohledně kouření je u nás bezproblémová.“*). Metodička se domnívá, že největším specifikem je to, že její žáci musí řešit existenční problémy. Problematika, týkající se alkoholu v JÚ, je také bezproblémová. (*„Nevyskytují se u nás žádné problémy s alkoholem. Jsme taková „zlatá“ škola. Máme tu upřímné děti“*). Za celou dobu působnosti, se metodička nesešla se závažnými problémy, týkající se šikany. Záškoláctví uvádí metodička prevence takto: *„To pravé záškoláctví, kdy se dětem nechce úmyslně do školy, se u nás nevyskytuje. Spíše je záškoláctví zaviněno rodiči. Týká se to hlavně dojíždění“*.

Dalším specifickým znakem prevence v JÚ, je neustálá kontrola toho, zda žáci sdělení rozumí. To je také jeden z důvodů proč metodička vybírá k realizaci preventivních programů ověřené externí instituce. Co se týče výskytu rizikových jevů, potvrdila metodička výsledky dotazníku.

Největším problémem v oblasti prevence je nedostatečné personální zajištění a s tím spojený nedostatek času na realizaci a také inovaci preventivních programů. Metodička

prevence je v současné době časově vytížena, protože vykonává práci původně určenou pro dva metodiky. („*Najela jsem na zajetý režim, na který jsme s žáky zvyklí. Není nic, co by se neosvědčilo. Mám základní i střední školu, tudíž stíhám to málo, co je rozjeté, aby aspoň to bylo. Plním to, co mám, ale je to časově hodně náročné*“).

2) Rozhovor – asistent pedagoga

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval pět otevřených otázek. Otázky týkající se rizikového chování u žáků na školách Jedličkova Ústavu. Rozhovor ohledně rizikového chování mi poskytla školní asistentka pedagoga. V průběhu rozhovoru jsem si zaznamenávala odpovědi na papír.

Příloha C – Rozhovor – asistent pedagoga

Životní situace ovlivňující žáka s tělesným postižením, ke vzniku rizikového chování jsou různé. Co se týče rodinného prostředí („*různé konflikty v rodině, nesprávná výchova, nezáměr o dítě nebo úmrtí v rodině. Bohužel jsou i situace, kdy jsou oba rodiče alkoholici*“). Ve školním prostředí je to vliv vrstevníků nebo špatný prospěch. Dalším důležitým důvodem je nevyrovnání se s postižením, které může vést ke vzniku rizikového chování. Dále pak izolace jedince od společnosti.

Mezi činitele ovlivňující kvalitu života patří fyzická i psychická pohoda. Dále pak rodinné a výchovné prostředí, různé zájmy, sociální schopnosti a dovednosti a také preventivní působení. („*Jedličkův Ústav má širokou škálu zájmových kroužků, které mohou děti navštěvovat. Spousta našich žáků se účastní sportovního klubu, se kterým poté jezdí na různé paralympiády. Dále je v Jedličkově Ústavu Občanské sdružení Země lidí. Toto sdružení pořádá různé víkendové akce a letní tábory. Jezdí se na kola, na rafty, pořádají se setkání na Vánoce a Velikonoce.*“).

Žáci s tělesným postižením mají málo zkušeností s užíváním návykových látek, protože nemají tolik možností, jako jedinci bez postižení. Mezi hlavní důvod patří bariéry („*Někteří jedinci s postižením, nemají možnost dostat se do společnosti, chodit ven s kamarády jako běžní jedinci bez postižení, tudíž nemají velkou možnost, dostat se do kontaktu s návykovou látkou. V dnešní době se k návykovým látkám dostanete především ve společnosti.*“). Ve společnosti pak může působit na jedince velký vliv vrstevníků či kamarádů. Dalším velkým důvodem jsou finanční prostředky („*Někteří žáci mají svého osobního asistenta, mají své zájmy, jezdí na výlety, dělají si radost nakupováním oblíbených*

věcí, a proto jim nezbyývají finance na jiné zbytečné věci, jako jsou návykové látky.“). Mezi další důvody patří např. nedostatek času. („Žáci dochází na různé rehabilitační činnosti (ergoterapie, fyzioterapie, logopedie). Každý žák dochází na nějaký kroužek (např. kroužek vaření), sportovní činnost nebo se doma věnuje svým zájmům a zálibám.“).

Co se týče informovanosti o nebezpečnosti užívání legálních a nelegálních drog („Někteří jedinci s postižením jsou nedostatečně informováni od svých rodičů. Rodiče nechávají sdělení informací školským pracovníkům. Rodiče, kteří nezvládnou přijetí, že je jejich dítě postižené, mohou sami inklinovat k únikovým strategiím, například k alkoholismu. V Jedličkově Ústavu mají děti dostatečnou informovanost. Mají různé přednášky ohledně rizikovitosti alkoholu, tabáku a drog.“).

Šikana se v Jedličkově Ústavu nevyskytuje („Panuje zde pozitivní a skvělá atmosféra. Samozřejmě, že se někteří žáci občas trochu škádlí nebo pošťuchují, rozhodně to však není taková ta šikana, jako třeba na jiných středních školách či odborných učilištích, která navštěvují žáci bez postižení.“).

3) Rozhovor – 3 žáci

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval deset otevřených otázek. Otázky týkající se užívání návykových látek, záškoláctví a šikany. Rozhovory mi poskytli tři žáci, kteří studují na školách Jedličkova Ústavu. Žáky jsem anonymně pojmenovala písmeny: A, B, C. V průběhu rozhovorů jsem si zaznamenávala odpovědi na papír.

Příloha D – Rozhovory – 3 žáci

- 1) Napadlo Vás někdy kouřit? Pokud ano, z jakého důvodu? (hraje zde roli tělesné postižení, zvědavost, touha vyzkoušet, vliv kamarádů, školní či rodinné prostředí nebo jiný důvod?)

A: „Jen jednou jsem to vyzkoušela. Kouřili kdysi v rodině, také partner kdysi kouřil. Já jsem to kdysi zkusila, ale nepřišla jsem tomu nějak na chuť.“

B: „Ne nikdy.“

C: „Ano napadlo, z nervů.“

- 2) Kouříte nyní? Pokud ano, jak často a proč?

A: „Ne vůbec.“

C: *„Ano nyní kouřím, krabičku na dva dny. Důvod jako předešlý. Stres, nervy a podobně.“*

3) Kouřil/a jste někdy v partě, kde byli všichni s tělesným postižením?

A: *„Ano.“*

C: *„Ano kouřil jsem v partě, kde měli všichni tělesné postižení, ostatní kouřili taky.“*

4) Ochutnal/a jste někdy alkohol? Pokud ano, z jakého důvodu? (hraje zde roli tělesné postižení, zvědavost, touha vyzkoušet, vliv kamarádů, školní či rodinné prostředí nebo jiný důvod?)

A: *„Ano alkohol jsem ochutnala, víno a kapku šampaňského. Důvod byl jen ochutnání.“*

B: *„Ano, pivo k jídlu. Při oslavách příležitostně víno.“*

C: *„Ano ochutnal, na školním výletě.“*

5) Konzumujete nyní alkohol? Pokud ano, jak často a proč?

A: *„Ano konzumuji alkohol, jen minimálně a většinou jen příležitostně. Oslavy, svátky, u sledování televize, ale pouze u dobrého filmu. Není to rozhodně u každého filmu.“*

B: *„Nyní ne, je ráno.“*

C: *„Ano teď alkohol konzumuji, ale ne tak často. Dvakrát do měsíce tak. Prostě mi to chutná, člověk se více baví.“*

6) Pil/a jste někdy v partě, kde byli všichni s tělesným postižením?

A: *„Ne.“*

B: *„Ne, v partě nepiji.“*

C: *„Ano pil jsem v partě.“*

7) Zkusil/a jste někdy nějakou drogu? Pokud ano, jakou a z jakého důvodu?

A: *„Ne.“*

B: „*Ne.*“

C: „*Drogu jen trávu. Konzumuji jí denně. Důvod už ani nemám, prostě mi to chutná.*“

8) Víte, jak se obstarává droga? (Možnost přístupu k drogám, kde je sehnat?)

A: „*Ne vůbec.*“

B: „*Ne, jen tuším.*“

C: „*Dealer. Zavolám. Týpek přijede.*“

9) Byl/a jste někdy za školou? Pokud ano, z jakého důvodu?(špatné vztahy doma či ve škole, neprospěch?)

A: „*Ne nikdy nic takového.*“

B: „*Ne, za školu nechodím.*“

C: „*Za školou jsem nikdy nebyl.*“

10) Stal/a jste se někdy obětí šikany? Pokud ano, co se stalo? (ve škole, ve společnosti?)

A: „*Ano stala. Na základní škole, kde jsem se vzdělávala, mi učení moc nešlo. Učila jsem se především mezi skupinou romské populace. Šikana probíhala většinou slovním napadáním a postupem času také kopáním do invalidního vozíku a také příliš rychlým točením na vozíku. Měla jsem také problémy s učením. Má paní třídní učitelka mě v tomto případě ignorovala se zastáváním se a přikláněla se spíše k mým romským spolužákům. Já jsem ke konci základní školy dostala také špatné známky, doma jsme to už nějak neřešily. Později v mém životě mi dělal problémy také můj bývalý partner. Když jsem měla po našem rozchodu snahu na naše společné přátelství, pokoušela jsem se ho napravit. Pokaždé jsme se společně neshodli. Partner mi pokaždé posílal nevhodné sms zprávy. Snažila jsem se mu to nějak vysvětlit, ale nikdy se mi to nepodařilo. Nakonec jsem to musela řešit přes jeho maminku, která mi pomohla.*“

B: „*Ano, ve škole.*“

C: „*Obětí šikany jsem se nikdy nestal.*“

4.5 Shrnutí kvalitativní výzkumné části

Jedličkův Ústav realizuje pro žáky různé preventivní programy na rizikové chování. Programy týkající se drog, šikany, kriminality atd. Školy JÚ, pravidelně navštěvuje policie s dobře připravenými programy. Metodička prevence uvádí, že policie je u dětí velmi oblíbená. Dále se realizují různé programy proti kouření a proti alkoholu. Problematika ohledně kouření, alkoholu, záškoláctví a šikany, je na školách JÚ, dá se říct bezproblémová. Rozhovor byl velmi příjemný. Obdivuji metodičku prevence, že krásně zvládá připravovat a uskutečňovat programy pro žáky, i přes velký časový nátlak.

Asistentka pedagoga uvedla situace ovlivňující žáka s tělesným postižením ke vzniku rizikového chování na příkladech: konflikty v rodině, rodiče alkoholici, vliv vrstevníků, špatný prospěch, nevyrovnání se s postižením.

Jedličkův ústav nabízí širokou škálu zájmových kroužků. JÚ má také svůj sportovní klub, se kterým žáci jezdí na paralympiády. Občanské sdružení Země lidí pořádá různé víkendové akce či letní tábory.

Žáci s tělesným postižením mají málo zkušeností s užíváním návykových látek z hlavního důvodu, kterým jsou bariéry. Dalšími důvody jsou omezené finanční prostředky nebo nedostatek času, který žáci věnují svým kroužkům a zálibám. Někteří žáci jsou málo informováni o nebezpečnosti užívání drog od svých rodičů. Jedličkův Ústav pořádá preventivní programy a přednášky, týkající se nebezpečnosti alkoholu, tabáku a drog. Měla jsem tu čest poznat a zkusit si náplň práce asistentky pedagoga, a můžu říct, že je to velmi dobrosrdečná a naplňující, avšak velmi zodpovědná a nelehká profese.

Rozhovory se třemi žáky Jedličkova Ústavu byly přínosné. Jeden z žáků vyzkoušel svojí první cigaretu z důvodu nervové situace. Nyní žák vykouří krabičku cigaret za dva dny z obdobných důvodů: nervy, stres... Dva žáci kouřili v partě, kde měli všichni tělesné postižení.

Všichni žáci vyzkoušeli alkohol a v současnosti pijí jen občas nebo příležitostně na oslavách. Důvod jednoho z žáků ohledně konzumace alkoholu, zní: „*Prostě mi to chutná, člověk se více baví.*“. Tentýž stejný žák konzumoval alkohol v partě, kde byli všichni s tělesným postižením.

Co se týče užití drogy, cituji odpověď jednoho z žáků: „*Drogu jen trávu. Konzumuji jí denně. Důvod už ani nemám, prostě mi to chutná.*“. Na otázku, zdali žáci vědí, jak se obstarává droga, cituji zajímavou odpověď jednoho z žáků: „*Dealer. Zavolám. Týpek přijede.*“. Zde vidíme, že i když se jedinec s tělesným postižením nemá jak k droze dostat, droga se může dostat určitým způsobem k němu.

Ze tří rozhovorů se ukázalo, že žádný z žáků nebyl nikdy za školou. Ovšem dva žáci se stali obětí šikany na základní škole. Jeden z žáků popsal z pozice oběti situaci, ve které popisuje, jak byl šikanován skupinkou romských spolužáků. *„Šikana probíhala většinou slovním napadáním a postupem času také kopáním do invalidního vozíku a také příliš rychlým točením na vozíku.“*. Zde by měla zasahovat ihned třídní učitelka, jelikož je to velmi alarmující situace!

Myslím si, že tělesné postižení není pro žáky nijak omezující, pokud si chtějí dopřát cigaretu, alkohol nebo již zmíněnou marihuanu. Příčiny vzniku rizikového chování jsou stejné či podobné jako u žáků bez tělesného postižení.

4.6 Shrnutí kvantitativní a kvalitativní výzkumné části

Odpovědi respondentů i školní metodičky prevence, se shodují a zároveň doplňují. Obě strany se nejvíce přiklání k programům policie. Policie má dobře připravené přednášky a programy. Funguje zde dobrá spolupráce, komunikace a zároveň i zpětná vazba pro žáky. Kouření a pití alkoholu je minimální a bezproblémové. Co se týče šikany, nevyskytují se zde žádné, velké ani závažné problémy. Záškoláctví je zde také minimální, a pokud už se objeví, tak to není „pravé záškoláctví“. Vina je většinou rodičů a to z důvodu dojíždění s dítětem do školy. Školní metodička prevence i žáci se shodli na formách prevence v podobě programů, přednášek a diskuzí.

Jedličkův ústav pořádá každé úterý tzv. „sexy úterky“, které se uskutečňují v TaKavárně. Program spočívá v tom, že se pustí film, týkající se nějakého handicapu. Např.: Miluj mě, jestli to dokážeš nebo Nedotknutelní. Po skončení filmu následuje zpětná vazba formou diskuze o filmu. Klienti mají také možnost ptát se na různé otázky ze života, které je zajímají.

Praxe a s ním spojené metodologické výzkumné šetření v Jedličkově Ústavu mě velmi obohatilo ve zkušenostech, informacích a v tom, jaké jsou mezi žáky a pracovníky skvělé pozitivní vztahy a vzájemné porozumění. Uvědomila jsem si, že si mám více vážit svého zdraví, své nezávislosti a také své samostatnosti.

Mimoškolní čas, preventivní působení a zájmové kroužky v Jedličkově Ústavu fungují v naprostém pořádku a pohodě. Zůstává však otázkou, co se s klienty stane po opuštění Jedličkova Ústavu. Najdou své uplatnění? A jak se k nim bude chovat společnost?

Závěr

Práce je na základě dostupné literatury popsána do třech větších kapitol, které se týkají tělesného postižení, rizikového chování a prevence. Většina respondentů uvedla v dotazníku, že mají dětskou mozkovou obrnu, věnovala jsem jí tedy větší kapitolu. Respondenti jsou adolescenti s tělesným postižením, uvedla jsem tedy, v teorii i tuto kapitolu. Všechny rizikové jevy, z kterých byly položeny otázky v kvantitativním výzkumu, jsou popsány i v teoretické části práce. Poslední teoretická kapitola je prevence, která se dále v práci rozvádí na prevenci primární. Primární prevence souvisí také s výzkumem na Jedličkově Ústavu.

Kvantitativní výzkum v podobě anonymních dotazníků, byl zaměřen na výskyt rizikového chování, formy a příčiny vzniku rizikového chování a na prevenci u žáků s tělesným postižením. Kvalitativní výzkum byl zkoumán v podobě rozhovorů s metodikem prevence, asistentem pedagoga a se třemi žáky ze škol Jedličkova Ústavu. Výzkumy spadají společně pod smíšený výzkumný design. Obě výzkumná šetření probíhala ve školách Jedličkova Ústavu.

V Jedličkově Ústavu, jsem také vykonávala v tu dobu, svojí souvislou praxi. A můžu říct, že mi tato praxe rozsvítila oči i jiným směrem, než je etopedie. Začala mě hodně zajímat somatopedie. Když jsem nastoupila na vysokou školu, na katedru speciální pedagogiky, věděla jsem, že mě vlastně zajímá jenom etopedie, a že bych ráda v budoucnosti pracovala na detoxech, ve vězeních nebo v diagnostických zařízeních. Bála jsem se, že se vnitřně nepoperu s pocitem lítostí k lidem, se kterými bych v oblasti somatopedie měla pracovat. Postupem studia, už to nebylo tak horké, jako na začátku, a to hlavně díky různým praxím. V současné době, mě oblast etopedie zajímá stejně tak, jako oblast somatopedie. Tudíž mě můj výzkum k této práci velmi zajímal a bavil.

Zdroje

Seznam literatury

ČAČKA, Otto. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000. 377 s. ISBN 80-7239-060-0.

ČAPEK, Robert. *Odměny a tresty ve školní praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1718-0.

DUNGL, Pavel a kol. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. xxiv, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HERZOG, Rupert. *Násilí není řešení: prevence násilí a management konfliktu ve školách*. 1. vyd. v českém jazyce. Plzeň: Fraus, 2009. 120 s. Moderní pedagogika v teorii a praxi. ISBN 978-80-7238-850-9.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.

JHA, Prabhat a CHALOUPKA, Frank J. *Jak zvládnout kuřáckou epidemii: vlády a ekonomika kontroly tabáku*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. x, 117 s. World Bank publication. ISBN 80-7071-234-1.

KACHLÍK, Petr. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě: škola a zdraví pro 21. století, 2011*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2011. 343 s. ISBN 978-80-210-5724-1.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6.

KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2005. 256 s. ISBN 80-7367-014-3.

KOLÁŘ, Michal. *Skrytý svět šikanování ve školách: příčiny, diagnostika a praktická pomoc*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. 128 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-409-5.

KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1018-8.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea, ed. *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálněpedagogických potřeb*. Brno: Paido, 2007. 94 s. ISBN 978-80-7315-141-6.

LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.

LINHART, Jiří a kol. *Slovník cizích slov pro nové století: základní měnové jednotky, abecední seznam chemických prvků, jazykovědné pojmy: 30000 hesel*. Litvínov: Dialog, 2002. 412 s. ISBN 80-85843-61-7.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2., upr. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.

MACEK, Petr. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X.

MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.

MATOUŠEK, Oldřich a KROFTOVÁ, Andrea. *Mládež a delikvence*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003. 340 s. ISBN 80-7178-771-X.

MIOVSKÝ, Michal a kol. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Vyd. 1. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012. 220 s. Monografie. ISBN 978-80-87258-89-7.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOTNÁ, Marie a KREMLIČKOVÁ, Marta. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele: (setkání speciálněpedagogická, sociálněpedagogická a pedagogickodiagnostická)*. 1. vyd. Praha: SPN, 1997. 115 s. ISBN 80-85937-60-3.

- PETRÁČKOVÁ, Věra a kol. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. 1. vyd. Praha: Academia, 1997. 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- ŘÍČAN, Pavel a PITHARTOVÁ, Drahomíra. *Krotíme obrazovku: jak vést děti k rozumnému užívání médií*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1995. 62 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-7178-084-7.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOBOTKOVÁ, Veronika a kol. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. 147 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4042-3.
- VÁGNEROVÁ, Kateřina, ed. et al. *Minimalizace šikany: praktické rady pro rodiče*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 147 s. ISBN 978-80-7367-611-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2008.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Úvod do vývojové psychopatologie II*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2003. 111 s. Studijní texty pro distanční studium. ISBN 80-7083-670-9.
- VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I. Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 136 s. ISBN 978-80-210-4573-6.

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů	23
Graf 2: Pohlaví respondentů	24
Graf 3: Typ tělesného postižení respondentů	24
Graf 4: Obory a ročníky respondentů	25
Graf 5: Zkušenost respondentů s kouřením	26
Graf 6: Kouření respondentů v současnosti	26
Graf 7: Zkušenost respondentů s alkoholem	27
Graf 8: První zkušenost s alkoholem u respondentů	28
Graf 9: Pití alkoholu u respondentů v současnosti	29
Graf 10: Důvody respondentů, ohledně pití alkoholu	29
Graf 11: Opilost respondentů	30
Graf 12: Kolikrát se respondenti opili	30
Graf 13: zkušenost respondentů s drogami	31
Graf 14: Záškoláctví u respondentů	32
Graf 15: Respondenti obětí šikany	33
Graf 16: Účast respondentů na útoku proti jiné osobě	34
Graf 17: Poruchy příjmu potravy u respondentů	34
Graf 18: Respondenti a preventivní programy	35
Graf 19: Užitečné informace	36
Graf 20: Více preventivních programů	37

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Aneta Buchtová, jsem studentkou 4. ročníku Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, obor Výchovná práce ve speciálních zařízeních. V současné době píši bakalářskou práci na téma Rizikové chování jedinců s tělesným postižením, faktory jeho vzniku a možnosti prevence. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní, a zjištěné výsledky budou uvedeny pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji Vám za spolupráci a Váš čas a přeji krásný den.

Buchtová Aneta

- 1) *Věk ... let*
- 2) *Pohlaví a) muž b) žena*
- 3) *Typ tělesného postižení*
- 4) *Jste studentem:ročník,obor*
- 5) *Zkusil/a jste někdy vykouřit cigaretu? a) ano b) ne*

Kouříte nyní? a) ano b) ne

Pokud ano, kolik cigaret denně vykouříte?

V kolika letech jste s kouřením začal/a?

Co Vás k tomu vedlo? a) konflikty v rodině b) zdravotní důvody c) působení vrstevníků/kamarádů d) problémy ve škole e) nuda f) touha vyzkoušet g) jiné

6) Ochutnal/a jste někdy alkohol? a) ano b) ne

Pokud ano, v kolika letech poprvé?

Jak často nyní konzumujete alkohol?

Co Vás k tomu vedlo? a) konflikty v rodině b) zdravotní důvody c) působení vrstevníků/kamarádů d) problémy ve škole e) nuda f) touha vyzkoušet g) jiné

Byl/a jste někdy opilý? a) ano b) ne

Pokud ano, tak kolikrát?

7) Zkusil/a jste někdy některou z níže uvedených drog?

Marihuana a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Hašiš a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Extáze a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

LSD a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Toluen a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Pervitin a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Heroin a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Kokain a) nikdy b) jednou c) několikrát d) pravidelně

Jiné drogy (uveďte)

Co Vás k tomu vedlo? a) konflikty v rodině b) zdravotní důvody c) působení vrstevníků/kamarádů d) problémy ve škole e) nuda f) touha vyzkoušet g) jiné

8) *Byl/a jste někdy za školou? a) ano b) ne*

Pokud ano, tak jak často: a) jednou b) několikrát

Co Vás k tomu vedlo? a) konflikty v rodině b) zdravotní důvody c) působení vrstevníků/kamarádů d) problémy ve škole e) nuda f) touha vyzkoušet g) jiné

9) *Stal/a jste se někdy obětí šikany? a) ano b) ne*

Pokud ano, co se stalo?

Účastnil/a jste se někdy fyzických nebo psychických útoků proti jiné osobě? a) ano b) ne

10) *Měl/a jste někdy problémy s poruchami příjmu potravy? a) ano b) ne*

Pokud ano, s jakými a proč?

11) *Setkal/a jste se někdy ve škole s nějakými preventivními programy? a) ano b) ne*

Pokud ano, vypište s jakými:

Myslíte si, že jste si z těchto preventivních programů, odnesl/a užitečné informace? a) ano b) ne

Pokud ano, co Vás nejvíce zaujalo?

Mělo by se preventivních programů zaměřených na rizikové chování ve školách dělat více? a) ano b) ne

Co si myslíte, že by představovalo nejlepší prevenci? ...

Příloha B – Rozhovor – školní metodik prevence

1) Jaké aktivity zaměřené na primární prevenci rizikového chování realizujete pro žáky?

„Pravidelně každý rok nás navštěvuje městská policie Praha. Na webových stránkách mají výběr daných témat na sociálně patologické jevy, rozdělených pro základní a střední školy. Témata pro základní školy jsou: Drogy, šikana a násilí, kriminalita dětí nebo základy právního vědomí. Pro střední školy je to: šikana, mobbing a bossing, listina základních práv a svobod, kriminalita mladistvých, právní vědomí, drogy atd. Vždy k nám přijdou čtyři zaměstnanci od policie. Kvůli malému počtu žáků ve třídách, spojujeme některé třídy. Například na prvním stupni spojíme šestou a sedmou třídu, na druhém stupni spojíme třetí a čtvrtý ročník. Naši žáci mají preventivní programy s policií velmi rádi. Policie má vždy dobře připravené programy a po skončení vedou s žáky diskuzi a zpětnou vazbu. Poté společně policie a metodik prevence vedou rozhovor, ohledně reflexe, reakcí žáků a o určitých potřebách pro žáky. Také k nám jezdí hasiči, kteří mají připravené požární cvičení pro celou školu. Další programy využíváme například od organizace Nekuřátka, různé protialkoholové organizace a nyní máme rozjednaný BESIP.“

2) Jaké jsou Vaše kompetence v rámci řešení této problematiky?

„Poradenství ohledně daného problému, odkázání k psychologům, do různých poraden. Jsem takový „prostředník“. Jsem třídní učitelka žáků z deváté třídy a také jsem již rok školním metodikem prevence. Jako školní metodik prevence působím pro základní i střední školu, což je časově velmi náročné. Měl by být metodik pro základní školu a druhý metodik pro střední školu. Jezdím na pravidelná setkání školních metodiků prevence na Vinohrady. Za ten rok co jsem i jako školní metodik prevence, se nestalo nic závažného. Spory ve třídě většinou řeší třídní učitel, školní metodik prevence zasahuje až když „hoří“. Pokud se vyskytnou nějaké větší spory, vyslechnu si každou stranu zvlášť a poté děláme společné sezení, kde se snažíme problém vyřešit.“

3) Jak často se u žáků setkáváte s problematikou na téma: nikotinismus, alkoholismus, šikana a záškoláctví?

„Kouření je u nás povoleno pouze na vyhrazených místech pro kuřáky. Problematika ohledně kouření je u nás bezproblémová. Kouří u nás o dost méně žáků než na jiných středních školách. Nevyskytují se u nás žádné problémy s alkoholem. Jsme taková „zlatá“ škola. Máme tu upřímné děti. Děti s kombinovaným postižením, které to mají v hlavě v pořádku. Co se týče šikany, za celý rok jsem se s ní u našich dětí nesešla ani nemusela řešit nějaký problém. To právě záškoláctví, kdy se dětem nechce úmyslně do školy, se u nás nevyskytuje. Spíše je záškoláctví zaviněno rodiči. Týká se to hlavně dojíždění. Není to záškoláctví jako na jiných školách.“

4) Jaké formy spolupráce při řešení této problematiky máte možnost využít?

„Formy programů, přednášek a diskuzí.“

5) Čím je specifická metodika práce s žáky s tělesným postižením?

„Nemusíme řešit závažné problémy, spíše existenční („počůráám se, má mě kdo odvézt na záchod“). Některé přednášky jsou s pomalejšími kroky, formou pro děti. Je dobré si rozplánovat práci, né více úkolů najednou, zjistit zda tomu žáci rozumí, formou zpětné vazby, zeptání se. Méně jasných informací než hromada.“

6) Co se Vám neosvědčilo při práci s žáky s tělesným postižením?

„Najela jsem na zajatý režim, na který jsme s žáky zvyklí. Není nic, co by se neosvědčilo. Mám základní i střední školu, tudíž stíhám to málo, co je rozjeté, aby aspoň to

bylo. Plním to, co mám, ale je to časově hodně náročné. Zjišťuji, která třída je pryč, kvůli volné místnosti na programy, vše realizuju a zařizuju ohledně prevence.“

Příloha C – Rozhovor – asistent pedagoga

- 1) Jaké životní situace mohou ovlivnit žáka s tělesným postižením, ke vzniku rizikového chování?

„Patří sem různé životní situace, kterou mohou žáka ovlivnit. V rodinném prostředí to mohou být různé konflikty v rodině, nesprávná výchova, nezáměr o dítě nebo úmrtí v rodině. Bohužel jsou i situace, kdy jsou oba rodiče alkoholici. Ve školním prostředí může žáka ovlivnit jeho školní prospěch nebo spolužáci. Nevyrovnaní se s postižením může být dalším důvodem ke vzniku rizikového chování. Patří sem i vnitřní konflikt, deprese či úzkost. Dalším důvodem vzniku rizikového chování může být izolace jedince od společnosti.“

- 2) Činitelé ovlivňující kvalitu života žáků s tělesným postižením?

„Mezi činitele ovlivňující kvalitu života patří především fyzická a psychická pohoda, sociální schopnosti a dovednosti, rodinné prostředí, výchovné prostředí, zájmy a také preventivní působení.“

Jedličkův Ústav má širokou škálu zájmových kroužků, které mohou děti navštěvovat. Spousta našich žáků se účastní sportovního klubu, se kterým poté jezdí na různé paralympiády. Dále je v Jedličkově Ústavu Občanské sdružení Země lidí. Toto sdružení pořádá různé víkendové akce a letní tábory. Jezdí se na kola, na rafty, pořádají se setkání na Vánoce a Velikonoce.“

- 3) Žáci s tělesným postižením mají málo zkušeností s užíváním návykových látek?

„Ano, protože nemají tolik možností, jako jedinci bez tělesného postižení. Hlavním důvodem jsou bariéry. Někteří jedinci s postižením, nemají možnost dostat se do společnosti, chodit ven s kamarády jako běžní jedinci bez postižení, tudíž nemají velkou možnost, dostat se do kontaktu s návykovou látkou. V dnešní době se k návykovým látkám dostanete především ve společnosti. Také zde působí velký vliv vrstevníků či kamarádu. Dalším důvodem jsou finanční prostředky. Někteří žáci mají svého osobního asistenta, mají své zájmy, jezdí na výlety, dělají si radost nakupováním oblíbených věcí, a proto jim nezbývájí finance na jiné zbytečné věci, jako jsou návykové látky. Nedostatek času je dalším z důvodů, malé či žádné zkušenosti s návykovou látkou. Žáci dochází na různé rehabilitační činnosti

(ergoterapie, fyzioterapie, logopedie). Každý žák dochází na nějaký kroužek (např. kroužek vaření), sportovní činnost nebo se doma věnuje svým zájmům a zálibám.“

- 4) Žáci s tělesným postižením jsou méně informovaní o nebezpečnosti užívání legálních a nelegálních drog?

„Někteří jedinci s postižením jsou nedostatečně informováni od svých rodičů. Rodiče nechávají sdělení informací školským pracovníkům. Rodiče, kteří nezvládnou přijetí, že je jejich dítě postižené, mohou sami inklinovat k únikovým strategiím, například k alkoholismu. V Jedličkově Ústavu mají děti dostatečnou informovanost. Mají různé přednášky ohledně rizikosti alkoholu, tabáku a drog.“

- 5) Žáci s tělesným postižením se stávají častěji obětmi šikany?

„V Jedličkově Ústavu tomu tak není. Panuje zde pozitivní a skvělá atmosféra. Samozřejmě, že se někteří žáci občas trochu škádlí nebo pošťuchují, rozhodně to však není taková ta šikana, jako třeba na jiných středních školách či odborných učilištích, která navštěvují žáci bez postižení.“

Příloha D – Rozhovory – 3 žáci

- 11) Napadlo Vás někdy kouřit? Pokud ano, z jakého důvodu? (hraje zde roli tělesné postižení, zvědavost, touha vyzkoušet, vliv kamarádů, školní či rodinné prostředí nebo jiný důvod?)

A: „Jen jednou jsem to vyzkoušela. Kouřili kdysi v rodině, také partner kdysi kouřil. Já jsem to kdysi zkusila, ale nepřišla jsem tomu nějak na chuť.“

B: „Ne nikdy.“

C: „Ano napadlo, z nervů.“

- 12) Kouříte nyní? Pokud ano, jak často a proč?

A: „Ne vůbec.“

C: „Ano nyní kouřím, krabičku na dva dny. Důvod jako předešlý. Stres, nervy a podobně.“

- 13) Kouřil/a jste někdy v partě, kde byli všichni s tělesným postižením?

A: „Ano.“

C: „Ano kouřil jsem v partě, kde měli všichni tělesné postížení, ostatní kouřili taky.“

14) Ochutnal/a jste někdy alkohol? Pokud ano, z jakého důvodu? (hraje zde roli tělesné postížení, zvědavost, touha vyzkoušet, vliv kamarádů, školní či rodinné prostředí nebo jiný důvod?)

A: „Ano alkohol jsem ochutnala, víno a kapku šampaňského. Důvod byl jen ochutnání.“

B: „Ano, pivo k jídlu. Při oslavách příležitostně víno.“

C: „Ano ochutnal, na školním výletě.“

15) Konzumujete nyní alkohol? Pokud ano, jak často a proč?

A: „Ano konzumuji alkohol, jen minimálně a většinou jen příležitostně. Oslavy, svátky, u sledování televize, ale pouze u dobrého filmu. Není to rozhodně u každého filmu.“

B: „Nyní ne, je ráno.“

C: „Ano teď alkohol konzumuji, ale ne tak často. Dvakrát do měsíce tak. Prostě mi to chutná, člověk se více baví.“

16) Pil/a jste někdy v partě, kde byli všichni s tělesným postížením?

A: „Ne.“

B: „Ne, v partě nepiji.“

C: „Ano pil jsem v partě.“

17) Zkusil/a jste někdy nějakou drogu? Pokud ano, jakou a z jakého důvodu?

A: „Ne.“

B: „Ne.“

C: „Drogu jen trávu. Konzumuji jí denně. Důvod už ani nemám, prostě mi to chutná.“

18) Víte, jak se obstarává droga? (Možnost přístupu k drogám, kde je sehnat?)

A: „Ne vůbec.“

B: „Ne, jen tuším.“

C: „Dealer. Zavolám. Týpek přijede.“

19) Byl/a jste někdy za školou? Pokud ano, z jakého důvodu?(špatné vztahy doma či ve škole, neprospěch?)

A: „Ne nikdy nic takového.“

B: „Ne, za školu nechodím.“

C: „Za školou jsem nikdy nebyl.“

20) Stal/a jste se někdy obětí šikany? Pokud ano, co se stalo? (ve škole, ve společnosti?)

A: „Ano stala. Na základní škole, kde jsem se vzdělávala, mi učení moc nešlo. Učila jsem se především mezi skupinou romské populace. Šikana probíhala většinou slovním napadáním a postupem času také kopáním do invalidního vozíku a také příliš rychlým točením na vozíku. Měla jsem také problémy s učením. Má paní třídní učitelka mě v tomto případě ignorovala se zastáváním se a přikláněla se spíše k mým romským spolužákům. Já jsem ke konci základní školy dostala také špatné známky, doma jsme to už nějak neřešily. Později v mém životě mi dělal problémy také můj bývalý partner. Když jsem měla po našem rozchodu snahu na naše společné přátelství, pokoušela jsem se ho napravit. Pokaždé jsme se společně neshodli. Partner mi pokaždé posílal nevhodné sms zprávy. Snažila jsem se mu to nějak vysvětlit, ale nikdy se mi to nepodařilo. Nakonec jsem to musela řešit přes jeho maminku, která mi pomohla.“

B: „Ano, ve škole.“

C: „Obětí šikany jsem se nikdy nestal.“