

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICA FAKULTA

Katedra psychologie a psychopatologie

Diplomová práce

Bc. Michal Žák

Sociálně patologické jevy – informovanost
vysokoškolských studentů učitelských oborů

Prohlašuji, že diplomovou práci jsem vypracoval zcela samostatně a použil jsem jen uvedenou literaturu a prameny.

V Olomouci dne 11. 3. 2015

.....

Děkuji své vedoucí diplomové práce PhDr. Kamile Holáskové, Ph.D. za pomoc a cenné rady, které mi poskytla během psaní této práce. Dále bych rád poděkoval svým nejbližším za podporu a pomoc a svým spolužákům, kteří se účastnili výzkumné části práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Michal Žák
Katedra:	Katedra psychologie a psychopatologie
Vedoucí práce:	PhDr. Kamila Holásková, Ph. D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Sociálně patologické jevy - informovanost vysokoškolských studentů učitelských oborů
Název v angličtině:	Socially pathological phenomena - the level of awareness of university pedagogical students
Anotace práce:	Ve své diplomové práci se snažím o ucelený teoretický pohled do problematiky sociálně patologických jevů. Důraz kladu na jevy, které se vyskytují v dnešních podmínkách. V praktické části se zaměřuji na studenty učitelských oborů a jejich teoretickou znalost týkající se této problematiky.
Klíčová slova:	Sociálně patologické jevy, šikana, kyberšikana, kriminalita, závislosti, porucha příjmu potravy, syndrom CAN
Anotace v angličtině:	In my diploma Master's thesis I am trying to bring about a compact theoretical view of socially pathological phenomenon. I put emphasis on the actual phenomenon that occurs nowadays in schools. In the practical part of my work I focus on the students of the pedagogical major and their theoretical knowledge about these problems.
Klíčová slova v angličtině:	Socially pathological phenomena, bullying, cyberbullying, criminality, addiction, eating disorder, syndrome CAN
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 – dotazník
Rozsah práce:	112 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

ÚVOD	1
1. Teoretická část	2
1.1. Sociálně patologické jevy	2
1.2. Závislost	4
1.2.1. Závislost na návykových látkách	4
1.2.2. Závislost na alkoholu	9
1.2.3. Závislost na nikotinových drogách	11
1.2.4. Závislost na virtuálních drogách	12
1.3. Šikana	13
1.4. Kyberšikana	18
1.5. Poruchy příjmu potravy	21
1.5.1. Mentální bulimie	22
1.5.2. Mentální anorexie	23
1.6. Kriminalita	24
1.7. Syndrom CAN	26
1.8. Prevence	30
1.8.1. Primární prevence	31
1.8.2. Sekundární prevence	34
1.8.3. Terciální prevence	34
2. EMPIRICKÁ ČÁST	35
2.1. Cíle výzkumu	35
2.2. Metodika výzkumu	36
2.2.1. Technika sběru dat	36
2.2.2. Charakteristika výzkumného vzorku	37
2.3. Analýza výsledků dotazníkové výzkumu	38

2.4. Vyhodnocení výzkumných otázek	94
2.5. Diskuze	98
ZÁVĚR	101
SEZNAM ZKRATEK	102
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	103
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	108
SEZNAM PŘÍLOH	112

Úvod

Ve své diplomové práci jsem se rozhodl věnovat se problematice sociálně patologických jevů ve školním prostředí. Ne však zcela obvyklou cestou, tedy v zaměření na žáka, ale naopak v zaměření na učitele, a to konkrétně na budoucí učitele. Důvod je zřejmý, sám momentálně studuji a chystám se na svou učitelskou praxi. Každou chvíli se v médiích nebo ve společnosti probírá téma mládeže, jejich nekázeň a nezvladatelnost ve školním prostředí. Nejsem si ale zcela jist, jestli nás, budoucí učitele, škola na takovou situaci dobře připraví. Jistě, každý učitel si časem najde způsob, jak tyto jevy řešit, ale tato metoda, tedy pokus – omyl, mi nepřipadá efektivní.

Cílem mé teoretické části práce je přinést komplexní pohled do problematiky sociálně patologických jevů se zaměřením na jevy, se kterými se, podle mého, může učitel setkat ve školním prostředí nejčastěji nebo je jejich výskyt potencionálně velice nebezpečný pro vývoj dítěte, či dokonce jeho život. Dále se budu snažit definovat oblast jejich výskytu a metody prevence sociálně patologických jevů.

V praktické části budu navazovat na teoretickou část. Hlavní náplní praktické části je dotazník (viz příloha č. 1), který jsem předložil studentům Univerzity Palackého v Olomouci. Konkrétně prvním a druhému ročníkům navazujícího studia magisterských oborů. Dotazník měl za úkol zmapovat jejich znalosti týkající se sociálně patologických jevů. Součástí praktické části je zpracování výsledků dotazníků a diskuze nad výzkumnými otázkami, které jsem si před zadáním dotazníků určil.

V závěru se snažím shrnout výsledky, které jsem získal díky praktické části. Věřím, že výsledky budou odpovídat aktuální situaci, ať už je jakákoli.

Tím, že si čtenář tuto diplomovou práci přečte, bude, aspoň doufám, naplněna má snaha informovat o stavu studentů učitelských oborů v souvislosti s identifikací a zvládáním sociálně patologických jevů.

1. Teoretická část

1.1. Sociálně patologické jevy

Sociální patologie neoznačuje samostatný vědní obor. Jde o souhrnné označení pro jevy, které jsou nezdravé, abnormální a společensky nežádoucí. Studium těchto jevů se zabývá mnoho oborů, nejvíce se však na výzkumu podílí psychologie, sociologie, medicína a etopedie. (Fisher, Škoda, 2009)

Sociální patologie je otevřenou disciplínou, která nemá jasně dané ohraničení. Je to zapříčiněno velkým množstvím zkoumaných oblastí. Proto je problém najít jedinou správnou definici, ze všech možných jsem vybral následující, neboť mi přišla nejužitečnější:

„Sociální patologie je shrnující pojem pro nezdravé, nenormální, obecně nežádoucí společenské jevy, tzn. společnosti nebezpečné, negativní sankciované formy deviantního chování, ale hlavně označení pro studium příčin jejich vzniku a existenci.“ (Mühlpachr, 2001, str. 5)

Z definice je patrné, že sociálně patologické jevy se vyskytují v celém společenském spektru. Nejsou nebezpečné jenom pro samotného jedince, ale i pro jeho okolí. Proto právě ve školním prostředí je tento problém obzvláště nebezpečný, a proto musíme vědět, jak s těmito problémy pracovat a jak je identifikovat.

Pojem sociální patologie je někdy zaměňován s pojmem sociální deviace nebo sociální dezorganizace, tyto pojmy se však od sebe liší. Deviantní chování nemusí být vždy patologické. Deviace má hodnotově a emocionálně neutrální význam, ale sociálně patologické jevy jsou pro jedince, popřípadě společnost, vždy negativní. (Fisher, Škoda, 2009)

Zjednodušeně můžeme tedy sociálně patologické jevy definovat jako jevy, které jdou proti normám, proti tomu, co je ve společnosti normální. Co je ale normalita, nebo abnormalita? Důležité je zmínit, že pro každou společnost je normální a abnormální něco jiného. Každý člověk si od narození vytváří vlastní představu o tom, co normální je a co ne. Tyto představy jsou pak ovlivněny společností, ve které člověk vyrůstá, jejími zvyky,

obyčeji a normami. Proto je jasné, že to, co v jedné společnosti může být považováno za normální, může být ve druhé považováno za sociálně patologický jev.

V současné době se ve školním prostředí pojem sociálně patologické jevy čím dál tím více nahrazuje pojmem rizikové chování. To je definováno jako: „*chování, v jehož důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince nebo společnost.* (Miovský, 2010, str. 23) V metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních se shrnují rizikové projevy v chování takto:

- Agrese, šikana, kyberšikana a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
- Záškoláctví
- Závislostní chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling
- Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, prevence úrazů
- Spektrum poruch příjmu potravy
- Negativní působení sekt
- Sexuální rizikové chování

Problematika sociálně patologických jevů je velice široká, a to i přes to, že se zaměřuji jen na školní prostředí. Proto jsem se v této diplomové práci zaměřil na konkrétní jevy, a sice na problematiku závislosti na návykových látkách, alkoholu, nikotinových a virtuálních drogách, šikaně, poruchám příjmu potravy, syndromu CAN a kriminalitě mládeže. Na základě těchto témat, jsem vytvořil dotazníkové šetření, které má za úkol zjistit informovanost budoucích učitelů. Mým hlavní cílem je zjištění, zda jsou budoucí učitelé dostatečně informováni o těchto jevech a zda jsou přesvědčení, že jsou dostatečně připraveni na budoucí praxi s ohledem na možnost výskytu těchto jevů na českých školách.

1.2. Závislost

1.2.1. Závislost na návykových látkách

Drogy jsou psychoaktivní látky, které po aplikaci mění psychický stav člověka a lze si na nich vypěstovat návyk a závislost. Závislost můžeme rozdělovat na psychickou, kdy cítíme neodolatelnou touhu po droze, která nám vyvolá požadovaný duševní stav a fyzickou, která se projevuje fyzickými příznaky ve chvíli, kdy droga není v našem systému. Příklady těchto příznaků jsou např. třes, pocení, zvracení, křeče atp. Účinky těchto látek jsou různé a závisí na povaze drogy. Ve většině případů ovlivňují mozek, kde můžou ovlivnit např. náladu, myšlení, vnímání atd. Drogy se využívaly již od vzniku prvních lidských civilizací, takže tato problematika není úplně nová. (Sochůrek, 2009)

Existuje spousta různých druhů drog, kde každá má specifický účinek, složení nebo riziko spojené s užíváním. Abychom se vyznali v takovém nepřehledném množství informací, existují snahy o třídění drog, neboli vytvoření klasifikačních systémů. Asi nejběžnějším systémem, se kterým se setkáváme, je rozdělení podle rizikovosti z hlediska užívání. Jedná se o tzv. měkké a tvrdé drogy. Mezi měkké drogy řadíme marihuanu, hašiš, kávu, čaj, kokový čaj. Mezi tvrdé pak extázi, heroin, kokain, LSD, morfin, pervitin, toluen, durman, alkohol. Toto dělení nepatří mezi ty šťastnější a obsahuje hodně zobecňování. Například alkohol nebo nikotin je z hlediska jejich potencionálního vzniku závislosti, řazen mezi tvrdé drogy, ale přesto jsou tyto drogy společností tolerovány. (Sochůrek, 2009)

Mezi dalšími děleními, se kterými se můžeme v praxi setkat, je dělení podle legálnosti na drogy legální, tedy státem a společností tolerované drogy (nikotin, alkohol) a drogy nelegální, tedy státem a společností zakázané (např. heroin, kokain atp.). Pro svou práci jsem si vybral dělení podle Sochůrka. Ten dělí drogy takto:

- Látky centrálně tlumivé
- Opiáty

- Stimulantia
- Halucinogeny
- Konopí
- Inhalanty
- Závislosti na lécích

(Sochůrek, 2009, str. 111)

Látky centrálně tlumivé

Zde má největší zastoupení alkohol, kterému se ale věnuji v samostatné kapitole níže v textu. Zaměřím se tedy na tlumivé látky. Ty jsou v dnešní době velice rozšířené a používají se téměř na cokoli. Od tlumení bolestí po uklidnění nebo při poruchách spánku. Je důležité si uvědomit, že na těchto lécích se dá snadno vybudovat závislost a samotné léky nevyřeší žádný problém, jen překrývají jeho projevy. K nejnebezpečnějším lékům jsou řazeny ty, které obsahují barbituráty, zvláště pak fenobarbital. Ten má na tělo dlouhotrvající účinek a jeho hromadění v těle je nebezpečné, jelikož hrozí riziko návyku. (Nešpor, Csémy, 1994)

Mezi znaky začínajícího návyku patří zpomalená řeč, malátnost, znaky opilosti bez známek alkoholu v dechu, bolesti hlavy. Znaky závislosti jsou pak roztřesenost, nechutenství, paranoia. (Nešpor, Csémy, 1994)

Opiáty

Jedná se o látky vzniklé úpravou opia, nebo samotné opium. Nejsilnější a možná i nejznámější drogou této skupiny je heroin. Opiáty se u nás masově začaly šířit po roce 1989. Největším rizikem je u těchto typů drog předávkování. Největší nebezpečí opiátů tkví v tom, že si tělo po čase vypěstuje toleranci, na danou látku. Jejím užiteli tedy nezbyvá nic jiného, než zvýšit množství podávané látky, aby tak dosáhl kýženého stavu, který mu droga poskytuje. To v sobě nese riziko předávkování. Na závislosti na opiátech jsou často nabaleny i další trestné činnosti, většinou majetkové, kdy se uživatel snaží zajistit peníze na další dávku. (Fisher, Škoda, 2009)

Po požití opiátů následuje až několikahodinový stav opojení následovaný kocovinou. Uživateli se zúží zornice. Znaky závislosti jsou pak bledá barva kůže, stopy po vpiších na rukou, ztráta potence u mužů a poruchy menstruačního cyklu u žen, abstinenční příznaky, celkové tělesné a duševní chátrání. (Nešpor, Csémy, 1994)

Stimulanty

Jedná se o druh drog, jejíž účinky jsou především povzbuzení, mizící únava a zvyšující se produktivita a sexuální výkonnost. Z tohoto důvodu se jedná o hodně oblíbené drogy. Prvotní, pozitivní, příznaky se však postupně mění v negativní. Uživatelé často trpí paranoiou. Stimulanty můžeme dělit na přírodní a syntetické. Mezi nejznámější drogy pak patří extáze, kokain, crack a pervitin. (Fisher, Škoda, 2009)

Krom výše popsaných účinků stimulanty dále způsobují třes, rozšířené zornice, neposednost. Po vyprcháání drogy následuje útlum. Při pravidelném používání se můžeme setkat s nespavostí, halucinacemi, horečkami, zvýšenou agresí. (Nešpor, Csémy, 1994)

Halucinogeny

Jedná se o látky, které vyvolávají změny ve vnímání. Můžeme je rozlišovat na přírodní a syntetické. Jedním z nejznámějších halucinogenů je LSD, v českém prostředí jsou hodně rozšířené lysohlávky, které mají také halucinogenní účinky. Největším rizikem halucinogenů je stav samotný. Protože tyto látky ovlivňují naše vnímání, velice záleží na našem duševním stavu a okolí, kde se vyskytujeme. Může docházet k negativním zážitkům, tzv. bad trip. Účinky drog mohou přetrvávat i několik dní, není výjimečné ani to, že se účinek vrátí i po nějaké době znovu.

(<http://www.odrogach.cz/nactileti/drogy1/informace-o-drogach1/halucinogeny/>)

Známky ovlivnění halucinogeny poznáme díky rozšířeným zornicím, červenání, zhoršení schopnosti rozhodování. Z dlouhodobějšího hlediska se jedná o ztrátu kontaktu s realitou a hrozí velké nebezpečí duševního onemocnění. (Nešpor, Csémy, 1994)

Konopí

U nás zřejmě jedna z nejrozšířenějších nelegálních drog. Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD, 2011) 42,3% dětí ve věku 15-16 let má zkušenost s marihuanou. Účinnou látkou v těchto drogách je THC. Rozdíl mezi nimi, tedy mezi marihuanou a hašišem, je v její koncentraci. Někteří odborníci vidí v marihuaně bránu do světa tvrdých drog. Jiní ji naopak bagatelizují, což lze vyzorovat i na snaze některých skupin o její dekriminizaci a legalizaci. Nejčastější způsob aplikace této látky je kouření, lze ji však podávat i jinými způsoby ve formě jídel či nápojů. (Fisher, Škoda, 2009)

Intoxikaci marihuanou poznáme podle zarudlých očí, zvýšenému pocitu hladu, kašle, či zhoršení schopnosti soustředění. Pravidelný uživatel má zhoršenou paměť, delší reakční čas na podněty, u dívek nepravidelný menstruační cyklus, u chlapců neplodnost. (Nešpor, Csémy, 1994)

Inhalanty

Jedná se o látky z historického hlediska užívané jako narkóza. Jedna z nejznámějších látek takzvaných inhalantů je rozpouštědlo s názvem toluen. Nebezpečí toluenu a podobných přípravků je v jejich poškozování mozku, jaterní tkáně a dýchacích cest. Jedná se o těkavé látky, které na vzduchu reagují a odpařují se. Tyto plyny se pak inhalují. Nebezpečí tkví v relativně jednoduché dostupnosti a v nemožnosti odhadnout správnou dávku. Hrozí možnost předávkování a ztráty vědomí s následkem otravy a smrti. Uživatelé těchto typu drog, tzv. čičači, většinou přecházejí na jiné drogy. V případě, že však u ní zůstanou, patří k nejhůře zvladatelným případům. (Sochůrek, 2009)

K příznakům značícím inhalaci těchto látek patří v prvním místě jejich charakteristický zápach. V chování se pak jedná o nedůživost, přílišnou pohodlnost, poruchy paměti, zanedbávání svých povinností. (Nešpor, Csémy, 1994)

Závislosti na lécích

Většinou se zneužívají léčiva typu analgetik, léky snižující horečku, psychostimulanty, antidepresiva atp. Často se pak setkáváme s tím, že jsou některé z těchto léků využívány jako prekurzory, tedy látky, sloužící k výrobě další drog. Zejména se využívá látka zvaná pseudoefedrin, která je běžně obsažená například v ibuprofenu.

Rizikové skupiny

Mezi nejrizikovější skupiny zneužívající abúzus drog patří mladiství, což je vlastně i důvod, proč tuto problematiku začleňuji do své diplomové práce. Příčin, proč tomu tak je, je samozřejmě více, ale primární příčinou je rodina. Zde existují různé ukazatele, od demografických ukazatelů, sociálního postavení celé rodiny, povahové vlastnosti rodičů, až po vztah a přístup rodičů k dítěti samotnému. Dysfunkční rodina patří mezi největší příčiny vzniku abúzu drog. Mezi další pak patří patologická komunikace v rodině a hledání sociální identity jedince. (Mühlpachr, 2001)

Motivace, které vedou k abúzu drog, jsou různorodé. V odborné literatuře se setkáváme s motivacemi sociálními, fyzickými, senzorickými, emocionálními, politickými, intelektuálními, kreativně estetickými, filozofickými, antifilozofickými, spirituálně mystickými a specifickými (např. zisk ocenění od ostatních osob, potřeba dobrodružství atp.). (Mühlpachr, 2001)

Fáze vývoje závislosti

Fáze vývoje drogové závislosti ve vztahu jedince k droze rozdělil Waldman do 4 etap:

- Etapa první se vyznačuje hledáním sebe sama. V myslí jedince se odehrávají konflikty a generační problémy
- Etapa druhá je spojena s vytvářením skupin (part) mladistvých, kde se drogy užívají.
- Etapa třetí je místem, kde vzniká samotná závislost na droze, kterou nyní jedinec potřebuje i bez přítomnosti skupiny.

- Etapa čtvrtá už znamená fyzickou závislost. Je charakterizována neustálým sháněním drogy. Bez ní se projevují abstinenční příznaky. Jedinec již nezažívá původní stav drogového opojení, ale bere ho již jako normální stav.
(Mühlpachr, 2001)

1.2.2. Závislost na alkoholu

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která ovlivňuje některé orgány v těle. Obsah této látky se v alkoholových nápojích pohybuje v rozsahu od 2% do 50%. Alkohol se užívá ve většině případů perorálně. Je to tzv. průchozí droga. Jedná se o nejrozšířenější a nejčastěji konzumovanou látkou v evropském a americkém prostředí. Společnost tuto látku akceptuje a alkohol je hodně silně spjat s kulturními tradicemi a rituály, které provázejí člověka od narození až po smrt. Právě tyto rituály a tradice v sobě skrývají nebezpečí v ovlivnění mládeže a dětí. Ti vidí v alkoholu symbol dospělosti, které chtějí dosáhnout tím, že ho pijí. Toto ovlivňování podporuje i výskyt reklam, které jsou téměř na každém rohu. I když je zákonem stanovena věková hranice na prodej alkoholu, její dodržování je velmi sporadické a pro dnešní mládež není problém si alkohol koupit.
(Mühlpachr, 2001)

Samotná látka alkoholu není zodpovědná za stav, který navazuje. Za to může látka acetaldehyd, která vzniká oxidací alkoholu. Zvýšený množství této látky v těle pak vede ke změnám (tzv. stav opilosti) v organismu. Může se jednat o rozšíření cév, zvýšení tělesné teploty, pocity horka a červenání v obličeji, zrychlení srdeční činnosti a dýchání, bolesti hlavy, zvracení atd. Většině uživatelů pomáhá alkohol v uvolnění, zvednutí nálady a zvýšenému sebevědomí. Změny v chování jsou individuální a závisí na množství alkoholu v krvi, tělesné hmotnosti, pohlaví a době od požití alkoholu. V nižších dávkách se vyskytuje zvýšená aktivita a neklid, ve větších pak dochází ke zhoršení kognitivních, percepčních a psychomotorických funkcí. (Fisher, Škoda, 2009)

U dětí požívající alkohol existují specifická rizika. Řadíme mezi ně vyšší zdravotní a psychické důsledky, které mají často ještě horší průběh než u dospělých.

V případě chlapců to bývá tzv. efekt nabalující se sněhové koule, kdy díky konzumaci alkoholu selhává ve svých rolích a nachází cestu do rizikové společnosti, která vede k dalším problémům. U dívek se může mimo jiné jednat o vážné zdravotní následky na plodu. Zvyšuje se riziko úmyslných i neúmyslných poranění, trestné činnosti, nebo suicidního chování. Díky nižší hmotnosti a menší toleranci na alkohol se setkáváme s otravou alkoholem, a to i po požití relativně malých dávek alkoholu. U dětí je navíc rychlejší nástup alkoholismu (u 15letého zhruba půl roku), který má, oproti dospělému, někdy i horší průběh a drastičtější následky. (Nešpor, Csémy, 1994)

Stádia závislosti na alkoholu

U závislosti na alkoholu rozlišujeme čtyři stádia, které popsal roku 1952 Jellinek.

- První stádium iniciační, počáteční. Jedinec začne vidět v alkoholu prostředek pro uvolnění a využívá jej jako únik od svých problémů. Začíná navyšovat dávky alkoholu i jeho četnost.
- Druhé stádium prodromální, varové. Uživateli stoupá odolnost vůči alkoholu a tak je nucen ho požívat ve větším množství. Konzumuje jej často tajně, s předstihem a ve společnosti rychleji než ostatní. Objevují se palimpsesty (tzv. okna, kdy si jedinec nepamatuje průběh své alkoholové intoxikace). Konzument se za své pití stydí a vyčítá si ho.

Druhé stádium se považuje za mez, do které lze situaci vyřešit omezením alkoholu a vyřešením původních problémů.

- Třetí stádium kruciólní, rozhodné. S narůstající tolerancí k alkoholu a jeho zvyšujícím se užíváním nastává situace, kdy se alkohol stal součástí metabolických dějů. Jedince začíná mít se svým okolím problémy, díky jeho časté intoxikaci. Své chování se snaží vysvětlit a omlouvat. Koníčky a záliby upadají, stejně tak jako povinnosti, které má. Dochází k osobnostním a preferenčním změnám, objevují se zdravotní poruchy.
- Čtvrté stádium terminální, konečné. Konzument nyní potřebuje alkohol neustále. Tolerance se snižuje a nastává rychlejší intoxikace. Je mu jedno s kým je, hlavně když druhá osoba pije. Svoji závislost si uvědomuje, nemůže však s ní nic dělat.

Nedokáže fungovat s alkoholem ani bez alkoholu. Postupně přichází fyzické i psychické chátrání a sociální úpadek.

(Mühlpachr, 2001)

1.2.3. Závislost na nikotinových drogách

Mezi nejčastější zneužívané nikotinové drogy patří jednoznačně cigarety, které obsahují látku nikotin. Ta je pro lidské tělo silně jedovatá. V jedné cigaretě je asi 50 mg nikotinu, což odpovídá dávce, která by stačila na zabití člověka. Kouřením cigarety, tedy nejčastější formě užívání tabákových výrobků, se však vstřebá „jen“ 1-2 mg nikotinu. Tělo na tuto látku reaguje zprvu tak, že se brání, což se projevuje příznaky jako bledost, studený pot, nevolnost, návaly zvracení, kašel atp. Po nějakém čase si tělo na přítomnost zvykne a látka začne navazovat pocity uvolnění. Oba tyto stavy jsou však dočasné. Závislost na nikotinu je jak fyzická, tak psychická. Většina uživatelů závislých na nikotinových drogách uvádí, že jim droga pomáhá se uvolnit, nebo ji užívají pro pocit vzrušení, který si myslí, že jim droga navozuje. Stejně jako u alkoholu, je nikotin označován jako průchozí droga. (Kohoutek, 2007)

Faktory, které ovlivňují lidi okusit drogu, můžeme rozdělit na osobní a sociální. Mezi osobní faktory řadíme příčiny geneticky podmíněné náchylnosti k emocionálním projevům, zakomplexovanost, nízké sebevědomí a potřeba odreagování. Sociálních příčin je pak několik a váží se ke specifickým okruhům. Rodinné příčiny jsou často ve špatných vzorech, kdy se v rodině kouří běžně (například rodiče, starší sourozenci atp.) a slabá kontrola dítěte. Ve školním prostředí se pak hlavně jedná o negativní vzory ze strany učitelů, kteří kouří. V okruhu vrstevníků je to silný vliv party, kdy jedinec kouří, protože kouří i ostatní a připadá si dospěle. Kouření má potom spjato s dobrými zážitky s kamarády v partě. Další z rizik je snadná dostupnost. I přes zákaz prodeje tabákových výrobků dětem do 18 let, mladší jedinci nemají velký problém si cigarety z obchodu obstarat. Dalším z faktorů je reklama, která je sice státem omezená, přesto však existuje tzv. implicitní reklama, kdy děti vidí kouřit postavy ve svém oblíbeném seriálu nebo filmu. První zkušenost dětí s cigaretami bývá ve věku 9 – 12 let. (Kohoutek, 2007)

Škodlivost tabákových výrobků je výraznější u žen a mladých dívek. Ty jsou náchylnější na tabákový kouř více, než muži a riziko vzniku chorob spojených s kouřením je u nich asi dvakrát častější. Nikotin má negativní vliv i na jejich budoucí potomstvo. Riziko zdravotních onemocnění spojených s kouřením však je i u lidí, kteří aktivně nekouří, ale vyskytují se v zakouřeném prostředí. Jedná se o tzv. pasivní kouření, kdy se uvádí, že hodinový pobyt v zakouřené místnosti odpovídá vykouření tří cigaret. (Kohoutek, 2007)

Mezi známky začínajícího kuřáka patří bledá pokožka, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, špatná nálada, zažloutlé prsty, nezaměnitelný zápach linoucí se z úst. (Nešpor, Csémy, 1994)

Závislí jedinci na nikotinu trpí tzv. tabakismem. Bývají často nervózní, podráždění, mají problémy se spánkem, náchylnosti k nemocem srdce, trpí úzkostnými stavy a poruchami potence. U žen má navíc tabakismus za následek poruchy menstruačního cyklu. (Kohoutek, 2007)

1.2.4. Závislost na virtuálních drogách

Tento druh závislosti je také označován jako netolismus. Tento pojem v sobě zahrnuje závislosti na počítači, televizi, internetu, počítačových hrách, sociálních sítích atp. Jedná se o psychickou formu závislosti, která nám ztěžuje identifikaci této závislosti. Přesto můžeme vysledovat několik faktorů, které na tuto závislost poukazují. Mezi tyto faktory patří zhoršující se školní výsledky, zanedbávání učení, vstávání brzy ráno, nebo ponocování dlouho do noci u počítače, jedinec pociťuje nervozitu, když není u počítače, nutková potřeba přemýšlet o počítači, i když zrovna není u něho, zhoršení sociálních vazeb, a to jak v rodinném prostředí, tak i mezi kamarády, ztráta zájmu o dřívější koníčky.

V problematice netolismu je s touto problematikou často spojováno hraní on-line her, tzv. MMORPG (massively multiplayer online role play game). Ty jsou charakteristické tím, že hraje několik tisíc lidí v jednom virtuálním světě. Ti mezi sebou

komunikují, spolupracují nebo bojují proti sobě. Charakteristické pro tyto hry je, že nemají jasně definovaný konec. Tvůrci hry pravidelně přidávají nový obsah a tím se snaží hráče ve hrách udržet. V poslední době se k online hrám přidává i fenomén sociálních sítí, kde mohou její uživatelé být online téměř kdekoli, a to díky rozvoji mobilních telefonů, popřípadě tabletů.

Následky, které mohou vzniknout u této formy závislosti, můžeme rozdělit na dva základní druhy, a to na fyzické následky a psychické a sociální následky.

Fyzické následky vycházejí z nutnosti dlouhého sezení před počítačem. Dochází k nárůstu výskytu obezity, cukrovky, srdečních nemocí. Často se vyskytují bolesti zad, ramen či zápěstí. Díky velké zátěži zraku se vyskytují nemoci očí. Je zde taky riziko epilepsie.

Mezi psychické a sociální následky pak řadíme zhoršování v mezilidských vztazích, problémy v komunikaci, zhoršení koncentrace. Jedinec má problém s pamětí, špatná organizace času, pravidelně jíst či mít dostatek spánku. U jedinců závislých na netolismu je vyšší riziko zneužívání drog a alkoholu. Odborníci se nemohou shodnout, zda násilí, se kterým se dítě setká prostřednictvím televize a počítače zvyšuje agresivitu jedince.

Mezi nejrizikovější jedince, kteří jsou náchylnější k této formě závislosti, řadíme ty, kteří mají problémy v reálném životě. Virtuální svět pak berou jako kompenzaci neúspěchu nebo formu úniku od problémů reálného světa. (<http://www.insoma.cz/>)

1.3. Šikana

Šikana je sociálně patologickým jevem, který se alespoň v prvních fázích vyskytuje na všech školách v rámci České republiky. (Metodické pokyny k řešení a prevenci šikanování) Z tohoto důvodu je třeba si na tento jev dávat mimořádný pozor. Je

třeba se také zamyslet nad přístupem některých škol, které tvrdí, že se šikana u nich nevyskytuje. Z většiny případů tomu tak nebude. Škola, která uzná problém šikanování, ale umí si s tím poradit, bude mnohem lepší než ta, která problém nevidí a snaží se jej zamlčet.

Samotné slovo šikana je odvozeno s francouzského slova „chicane“, které znamená zlomyslně a zbytečně týrat, sužovat, pronásledovat a opakovaně vyžadovat nějakou nesmyslnou činnost. Charakteristickým rysem šikany je promyšlenost, systematickosti a nepoměr sil mezi agresorem a obětí. Ve většině případů se jedná o průběžný jev, který se pravidelně opakuje, ale můžeme se setkat i s případy, kdy je za šikanu považován i jednorázový čin. Ten se však vyjímá svým násilným způsobem provedení.

Šikana se vyskytuje tam, kde je oběť nucena být společně s agresorem a kde je uplatňovaný model hierarchicko-autoritativní přístup. Dále se vyskytuje na akcích dlouhodobějšího charakteru, které jsou mimo školu. Zde se může jednat o školní výlety, lyžařské kurzy, ale i pobyty ve výchovných ústavech. Ve většině případů dochází k šikaně ve školním prostředí v místech, kde není pedagogický dozor, nebo dohled dospělé osoby. Například se tedy jedná o šatny, záchody, učebny během přestávek atp. (Procházka, 2012)

Je důležité, aby pedagogický pracovník nejenom dokázal identifikovat hlavní znaky šikany, ale měl i hlubší informace týkající se této problematiky. Díky těmto informacím získává schopnost vidět varovné signály probíhající šikany, dokáže lépe odhadnout situaci a lépe tak nalezne jádro problému. U šikany rozlišujeme tři základní podoby.

- Verbální šikana – rozlišujeme přímou (agresor nadává, zesměšňuje, uráží oběť) a nepřímou (agresor o oběti rozšiřuje pomluvy a nepravdivé informace, které oběť mohou v očích ostatních zesměšnit). Součástí verbální šikany je i kyberšikana.
- Fyzická šikana – rozlišujeme přímou (jedná se o šikanu, kde agresor osobně útočí na svou oběť za pomoci fyzického násilí (např. údery pěstí, kopy atp.)) a nepřímou (agresor neútočí na oběť osobně, ale pošle na ni někoho z okruhu svých následovníků, aby na oběť zaútočili). Tato forma zahrnuje i ničení majetku, popřípadě krádeže.
- Smíšená šikana – jedná se o kombinaci verbální a fyzické šikany.

(Metodické pokyny k řešení a prevenci šikanování)

Vývojová stádia šikanování

Jak jsem již psal na začátku této podkapitoly, šikana je velice rozšířeným jevem a ve školním prostředí se s ním můžeme setkat v téměř každé škole. Šikanování jako sociálně patologický jev má svá pevná stádia vývoje. A právě první fáze je ta, která se odehrává v podstatě v každé skupině, protože téměř vždy je ve skupině někdo méně oblíbený, na jehož účet si ostatní dělají legraci. Zde je důležité, jestli se šikana vyvíjí dál a dojde do posledních fází, kdy už náprava není snadná. Zlomová je pak třetí fáze a vytvoření jádra agresorů. Do té doby může ještě pedagogický pracovník se skupinou pracovat a šikanu zvládnout sám, od určité doby to už však není v jeho silách a na pomoc by si měl přivolat odborníka.

Jednotlivá vývojová stádia:

- První fáze. Zrod ostrakismu – První fáze se projevuje snad v každé skupině. Není ničím výjimečným a agresori v tomto případě nemusí být žádní sadisté, ale obyčejní kluci a holky. Pro tuto fázi nemusí být ani nějaké specifické prostředí, kde by neplatily zásady slušného chování či morálky. Naopak i ve skupině, která má dobrou kázeň, se může vytvořit počátek šikany. Každá skupina má své oblíbence a naopak jedince, kteří jsou nejméně oblíbení. A na ty skupina cílí „neškodnými“ vtípky, či pomlouváním. Tento člověk je postupně ze skupiny vyčleňován neboli ostrakizován. Jedná se o mírnou, většinou psychickou formu násilí, při němž se takovýto vyčleněný jedinec (v odborné literatuře se můžeme setkat s pojmy jako černá ovce, obětní beránek, outsider atp.) necítí dobře. Skupina ho nepřijímá a nebere ho vážně. Takové to situace jsou považovány za začátek šikanování a je zde riziko jejího dalšího vývoje. (Kolář, 2001)
- Druhá fáze: Fyzická agrese a přitvrzování manipulace – Nejčastější důvody proč přeroste šikana z první fáze do fáze druhé, jsou ty, kdy skupina v rámci zvýšeného stresu či napětí z očekávaných zkoušek, konfliktu s autoritami nebo proto, že škola je pro ně na obtíž, najde v ostrakizovaném jedinci únik od těchto pocitů. Začínají se objevovat první známky fyzické agrese. Druhý důvod je ten, že se ve skupině sejde několik jedinců s agresivními a asociálními rysy. Ti začnou používat násilí a vyzkouší si, jaké to je někoho bít a týrat. Pocit moci v nich

prolomí poslední zábrany a své chování budou opakovat. Tyto dvě příčiny se nemusí vyskytovat samostatně, dost často se prolínají. (Kolář, 2001)

Další vývoj významně ovlivňuje zaměření skupiny. Pokud jsou ve skupině dobré kamarádské vztahy a skupina je z morálního hlediska dobrá a má negativní postoj k násilí, šikana se dál vyvíjet nebude a pokusy o ní vymizí. Takovýto stav by měl vzniknout pedagogickým působením na skupinu. Nikdy nevzniká sám od sebe, tudíž pokud se tak nestane, šikana se bude vyvíjet dále. (Kolář, 2001)

- Třetí fáze: Vytvoření jádra – Třetí fáze bývá označována jako přelomová. Začíná se vyčleňovat skupina agresorů, kteří si za svou oběť vybírají nejslabší členy skupiny, nejčastěji ty ostrakizované. Fáze se označuje jako přelomová proto, že když nevznikne dostatečně silná a morální podskupina, která by mohla konkurovat té agresorské, bude šikana pokračovat dále a nabírat na intenzitě. (Kolář, 2001)
- Čtvrtá fáze: Většina přijímá normy agresorů – Pokud agresorská podskupina pokračuje ve své činnosti, začnou její normy přejímat i zbylí členové kolektivu a budou brány jako nepsané zákony. Pokud se dostane situace takto daleko, je povstání proti takovému chování složité. V ten moment se obraz skupiny radikálně mění a u členů se vytvářejí alternativní identity, kdy se i jinak hodní žáci začínají chovat krutě a zúčastňují se šikanování spolužáků. (Kolář, 2001)
- Pátá fáze: Totalita neboli dokonalá šikana – Poslední fáze šikanování. Skupina se rozdělí na dvě, agresory a oběti. Agresoři se vidí jako vládci a oběti jsou tu pro jejich uspokojení. Ať už ze stránky materiální, citové či intelektuální. Důkazem moci je možnost bezmezná agrese, proti které se oběti nemůžou bránit. Agresoři ztrácejí poslední zbytky zábran, které ještě měli a jejich normy jsou respektovány všemi, nebo téměř všemi členy skupiny, a to jak agresory, tak i oběťmi. Jedinci, kteří se původně nezapojovali do šikany, nyní se zájmem sledují počínání agresorů nebo jsou sami aktivní agresoři. Brutální agrese je považována za normální a výbornou legraci. Oběti řeší útoky proti své osobě únikem, ať už předstíranou nemocí, odchodem ze školy, psychickým kolapsem nebo v krajních případech suicidním chováním. (Kolář, 2001)

Příčiny šikany

U většiny sociálně patologických jevů je problém se dohledat jedné konkrétní příčiny, která by zapříčinila vznik tohoto jevu. Ani šikana proto není výjimkou. Hlavním rysem šikany je agrese, která na rozdíl od jiných druhů agrese, není spojená s materiálními cíli ani jinými zisky. Je zde jen pro samotného agresora, který tím získává potěšení a postavení ve skupině. Jedna z příčin šikany je tedy touha po moci a krutosti, tedy dobrý pocit z toho, že oběť agresora trpěla nebo byla ponižována. Mezi další příčiny pak řadíme touhu upoutat pozornost, kdy se agresor snaží získat obdiv svých spolužáků. Příčinou šikany může být i nuda, kdy agresor prostřednictvím šikany získává pocit, že se konečně něco děje. Někteří agresori si šikanou kompenzují vlastní neúspěch, jelikož si mohou svou zlosti vylévat na úspěšnějších spolužácích a snaží se šikanou vykonat něco velkého. Stává se, že agresorem šikany se stane bývalá oběť, která iniciuje šikanu nebo se rychle přidá k agresorovi, když je v novém prostředí a snaží se tak předejít vlastnímu napadení. Mezi příčiny řadíme i jednu poněkud zvláštní, v literatuře se spojuje se jménem J. Mengeleho. V takovém případě se agresor snaží přijít na tajemství člověka tím, že zkouší, co vydrží. (Kolář, 2001)

Kolář ve své knize Bolest šikanování popisuje tři druhy agresorů, se kterými se setkal.

- První typ definuje jako jedince s hrubým, primitivním a impulzivním jednáním, který má pokřivený vztah k autoritám. S agresivním chováním se často setkal již ve vlastní rodině, nejčastěji u rodičů. Toto chování pak vrací nebo kopíruje právě ve formě šikany. Tento typ agresora charakterizuje tvrdá a nelítostná šikana, vyžaduje od svých obětí absolutní poslušnost a šikanování používá k zastrašování ostatních.
- Druhým typem je podle Koláře jedinec, který se prezentuje jako velmi slušný, kultivovaný a šlechetný. Bývá to narcista se zvýšenou úzkostí, často pak se sadistickými tendencemi v sexuálním smyslu. V rodině pak převládala důsledná a náročná výchova. Jeho forma šikanování je cílená a rafinovaná, často beze svědků.
- Třetím typem je pak tzv. srandista. Často velmi sebevědomý, výmluvný, dobrodružný a v kolektivu oblíbený. Žádné přímé specifika rodinné výchovy tento typ nemá, jen v obecnější rovině zde chybí přítomnost duchovních a

mravních hodnot. Šikana tohoto typu je prezentována snahou pobavit ostatní a cíleně se tedy zaměřuje na, z jeho pohledu, humornou stránku věci.

(Kolář, 2001)

1.4. Kyberšikana

S rozvojem elektroniky, sociálních sítí a internetu přichází i nové hrozby a sociálně patologické jevy. Jedním z nich je i kyberšikana, kterou jsem okrajově zmínil v předcházející podkapitole věnované šikaně. Důvodem, proč v mé práci kyberšikana má samostatnou část, je ten, že kyberšikana není totožná s normální šikanou a v mnoha věcech se liší. Druhým důvodem je aktuálnost situace. O aktuálnosti situace vypovídají statistické údaje z roku 2012, kdy účet na sociálních sítích má 53% dětí ve věku od 9 do 12 let a celých 90 % dětí ve věku od 13 do 16 let. (<http://www.ncbi.cz/>)

Kyberšikanu můžeme definovat jako „*zneužití ICT (informačních komunikačních technologií), zejména pak mobilních telefonů a Internetu, k takovým činnostem, které mají někoho záměrně vyvést z rovnováhy*“ (<http://cms.e-bezpeci.cz/>)

I když se kyberšikana od tradiční šikany v mnoha aspektech liší, jedno mají společné. Obě dvě mají za cíl ubližovat. V některých případech může kyberšikana začít jako šikana běžná, nebo se mohou dokonce vzájemně doplňovat. Mezi specifické znaky kyberšikany patří:

- Anonymita – anonymita dodává agresorovi pocit bezpečí, který se projevuje zvýšením jeho odvahy v možných útocích. Útočník si díky anonymitě připadá nepolapitelný a to díky možnostem vytváření různých falešných emailových adres, účtů, nebo vystupováním na internetu pod přezdívkami. Tyto možnosti jsou lehce vytvořitelné, ale o to hůře se vysledovávají ke skutečnému pachateli, zvláště když některé druhy kyberšikany nejsou zakotveny v právním systému ČR. Oběť tedy nemůže spoléhat na výkonné orgány státu.
- Změna profilu útočníka a oběti – u klasické formy šikany je daný stav, že agresor bývá silnější. Ve virtuálním světě však věci jako síla, věk, pohlaví a postavení

nehraje žádnou roli. Útočníkem se tedy může stát každý, kdo má základy informační gramotnosti.

- Pro oběti kyberšikany je pak typické to, že jsou na internetu závislí. Socializují se prostřednictvím virtuálního světa, v tom skutečném nemají moc kamarádů. Obvykle nejsou tyto oběti příliš seznámeny s bezpečnostními riziky internetu, a proto se chovají nezodpovědně a sami tak zveřejňují údaje, které jsou pak použity proti nim.
- Mění se čas i místo útoku – běžná šikana má své specifické místo výskytu, to však neplatí u kyberšikany. Zde se obětí útoků můžeme stát pokaždé, co jsme připojeni na internet. Čas i místo tedy nehrají roli. Tento znak kyberšikany je obzvláště nebezpečný právě v tom, že se před ním nedá schovat.
- Změna chování lidí ve virtuálním světě – Díky anonymitě se lidé na internetu mohou chovat jinak, než je tomu v reálném světě. Mohou zadávat nepravdivé informace o svém věku, pohlaví nebo jejich fyzické stránce a záměrně se tak snaží zmanipulovat svou potenciální oběť. Na internetu jsou také lidé otevřenější a chovají se tak méně opatrně. Virtuální komunikace také pozměňuje představu o fyzické komunikaci mezi lidmi. Na internetu není problém se seznámit s cizím člověkem a bavit se o čemkoli. K ukončení komunikace pak stačí jedno kliknutí. To se pak snaží přenést i do skutečného světa, kde však brzy zjistí, že to takto nefunguje. Toto zklamání si pak kompenzuje zase přes virtuální svět. Touto kompenzací se pak zvyšuje riziko toho, že se stane obětí kyberšikany.
- Publikum – obsah na internetu je volně šířitelný a dostane se tak k nim úplně každý. Riziko toho, že se stane příspěvek obsahující kyberšikanu virálním (tedy oblíbeným a velmi rozšířeným) je velké. V momentě kdy se tohle stane, nabývá kyberšikana vyšší intenzity a dopady na oběť se zvyšují.
- Špatná identifikace – klasickou šikanu lze rozpoznat například fyzickým zraněním. Oběti kyberšikany se však často uzavírají do sebe a o svých problémech odmítají komunikovat se svým okolím. K tomu je může vést například strach nebo stud. Oběť je pak na řešení sama a situaci nemusí zvládnout.
- Neúmyslnost kyberšikany – i když se z počátku může jednat o vtip, nikdy nevíme, jak na náš příspěvek nebo fotku bude reagovat dotyčný, kterého se to týká. Potencionálně tak můžeme způsobit danému člověku problémy, i když jsme to původně neměli ani v plánu.

Projevy kyberšikany

- Mobilní telefony - většina dnešní mládeže má k dispozici mobilní telefon. Kromě toho, že se jedná o prostředek, díky kterému se můžou zkontaktovat se svými rodiči a přáteli, se jedná i o zbraň, která se využívá právě ke kyberšikaně. Mezi nejčastější způsoby využití mobilního telefonu jako zbraně řadíme urážlivé SMS zprávy, nepříjemné hovory, možnost pořizování demonstrujících fotografií a videí. Pro potřeby kyberšikany může být zneužit i telefon oběti, respektive její mobilní číslo, které může být uvedeno v různých falešných inzerátech. Oběť je pak zavalována nechtěnými telefonáty a zprávami (jedná se například o uvedení kontaktu k různým erotickým inzerátům).
- Video portály - demonstrující videa mohou být zveřejněna na těchto portálech k pobavení veřejnosti. Nejčastěji se využívá portál Youtube. U těchto videí je riziko, že se z nich stanou videa virální a rychle se rozšíří. Pak je téměř nemožné je z internetu úplně vymýt.
- Email a chat - emailové schránky se mohou používat k zasílání nejrůznějších nevyžádaných obrázků (např. pornografických), spamům, či ke krádeži hesla a následného zneužití. Chatování, na rozdíl od emailových komunikací, které jsou většinou soukromé, je přístupné většímu počtu lidí. Před nimi může agresor oběť ponižovat.
- Webové stránky - založit si webovou stránku dnes není pro nikoho problém. Je to dokonce i jedno z témat učebního plánu na školách v předmětu ITC. Obsah těchto stránek už je na jejím autorovi. Internetové veřejnosti tak může zprostředkovat informace, které oběť ponižují či zesměšňují.
- Sociální sítě - v dnešní době asi nejrozšířenější fenomén. Velice vhodný pro šíření a podporu kyberšikany. Agresor může zveřejňovat komentáře či fotky, kterými by urážel svou oběť. Není ani vyloučena krádež účtu a jeho následné zneužití.

(<http://www.bezpecne-online.cz/>)

O nebezpečí, které kyberšikana může způsobit, nejlépe vystihuje případ Anny Halmanové z Polska.

„O přestávce čtyři chlapci povzbuzeni ostatními obstoupí vyděšenou Aničku, začnou ji štípat do prsou. Lukasz P. ji chytí za ruce a ostatní ji plácají po zadku. Když se dívka

předkloní v bolesti z vykroucených rukou, Mateusz W. se začne otírat kolenem o její hýždě a v tutéž chvíli ji Lukasz chytí za krk a donutí, aby dala hlavu do jeho rozkroku. Dívka se vytrhne a schová pod lavici. Odtamtud ji kluci vytáhnou a Dawid M. ji povalí na katedru. Arkadiusz P. jí sundá kalhotky a celá třída propuká v hurónský smích. Pak ji tento „hrdina“ sáhne mezi nohy. Anička křičí jako o život a celou situaci nahrává na mobilní telefon poslední ze čtveřice Michal S. (Kavalír, 2009, str. 33)

Celá roztřesená utíká Anny domů. Není schopna mluvit. Na internetu už koluje nahrávka z mobilního telefonu Michala S. Kamarádce, která ji večer navštíví, se svěřá, že už se do školy nevrátí. Prý se raději oběsí. Druhý den ráno nic netušící matka propadne v zoufalý křik. Její dcera visí v dětském pokoji oběšena na švihadle. Smrt Anny Hallové zasáhne celé Polsko., (Kavalír, 2009, str. 33)

Kyberšikana pedagogů

Oběti kyberšikany na školách nejsou jen děti. V poslední době se stále častěji setkáváme s tím, že oběť šikany je pedagog sám. Toho se snaží třída vyprovokovat k reakci, kterou pak, často i skrytě a bez vědomí učitele, natáčeji a následně pak zveřejňují na internetu. Anonymita této formy šikany pak dává možnost pedagogy urážet či zesměšňovat prostřednictvím SMS zpráv, emailu, nebo zveřejňováním zesměšňujících fotografií. Pedagog, který se stane obětí kyberšikany, má jen velmi malou šanci identifikovat útočníka. Neměl by však takové chování nechat být a měl by situaci řešit.

1.5. Poruchy příjmu potravy

Porucha příjmu potravy je závažnou psychickou poruchou, protože příjem potravy patří mezi základní biologické potřeby člověka. Ovlivňuje pud sebezáchovy, kdy člověk musí jíst, aby nezemřel. Jako u většiny ostatních pudů, i tento ovlivňuje psychosociální faktory, kdy za určitých okolností může být tento pud potlačen jinými faktory, které pro fyziologickou stránku věci nejsou podstatné. Jídlo může být zdrojem radosti, formou odměny za splněný úkol, nebo naopak formou trestu za neúspěch. Jídlo také funguje jako

náhrada za jinou, aktuálně nedosažitelnou potřebu. Nejčastěji se vyskytuje u žen, ale není vyloučená ani u mužů.

Příčiny poruchy příjmu potravy bývají různé. Projevují se zde vlivy sociálních, biologických a psychických faktorů. Jedním z důvodů, proč jsou ženy touto poruchou ovlivněny více než muži, je sociokulturní stereotyp, který zdůrazňuje ženskou krásu. V současnosti je synonymum pro krásu štíhlost, přičemž média ruší hranici mezi fikcí a skutečností a mezi normou a extrémem. S atraktivní postavou bývá spojována i úspěšnost v sociálních a profesních kruzích. A protože hmotnost člověka souvisí s příjmem potravy, mohou se problémy, které mají důvod někde zcela jinde, projevit změnou vztahu k jídlu. Rozlišujeme dvě hlavní poruchy příjmu potravy, mentální anorexie a mentální bulimie.

1.5.1. Mentální bulimie

Je charakterizována opakujícími se epizodami nezdrženlivého jedení (hltavá konzumace velkého množství jídla), po kterých následují pokusy o odstranění následku tohoto excesu v jídle zvracením a pomocí projímadel. (Atkinson, 2003, str. 366)

Bulimií jsou nejvíce ohroženy adolescentní dívky, u mužů se tato nemoc vyskytuje vzácně. Poměr nemocných žen k nemocným mužům je asi 10:1. Nemoc je většinou vyvolána výraznou psychickou zátěží jedince. Má plynulý průběh, kdy se nemoc postupně dostává do pozdějších stádií, kdy začne bulimie výrazně narušovat život jedince. (Vágnerová, 2012)

Rozlišujeme dva typy bulimie, tzv. purgativní typ, kdy nemocný jedinec pravidelně zvrací a používá laxativa nebo diuretika a nepurgativní typ, který využívá náročné diety, hladovky nebo extrémního cvičení. (Krch, 1999)

Diagnostika mentální bulimie:

- Opakující se přejídání. Toto přejídání je neovladatelné.
- Kontrola tělesné hmotnosti spojená se cvičením nebo hladovkou.
- Zvýšený zájem o tělesnou váhu a vzhled.

(Krch, 1999)

1.5.2. Mentální anorexie

Je definována jako extrémní záměrná ztráta hmotnosti, která je vyšší než 15% minimální normální váhy jedince. (Atkinson, 2003, str. 366)

Jedinec trpící touto poruchou si klade za cíl snížit svou tělesnou hmotnost tím, že omezí příjem potravy. Nechutenství není primárním znakem mentální anorexie. Zhruba v polovině případů je omezování příjmu potravy doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo. Ztráta chutě je pak příčinou dlouhodobého hladovění. Další z příčin, kterou může dlouhodobé hladovění mít, je to, že se u jedince vyvolá tak silná potřeba jídla, kdy se nedokáže ovládat a přejí se. Tento záchvat pak vnímají jedinci trpící mentální anorexií jako důkaz vlastního selhání. Jedince pak přepadávají pocity viny, deprese a úzkostí. Kvůli obavě ze zvýšení váhy si pak jedinci snaží vyvolat zvracení nebo použijí projímadlo. Tento jev se může opakovat a vyskytuje se asi u 30% - 50% případů mentálně anorektických pacientů. (Krch, 1999)

Diagnostika mentální anorexie podle (podle MKN-10 a DSM-IV):

- Úbytek váhy o 15% a víc oproti normální váze.
- Veškeré chování jedince se zaměřuje na jediný účel, a to redukci hmotnosti. Kromě diety bývá obvyklé i nadměrné cvičení. Aby více podpořili hubnoucí efekt, vyvolávají si zvracení nebo užívají projímadla, anorektika či diuretika.
- V případě, že se nemoc projeví ještě před pubertou, dochází k opoždění projevů puberty, v některých případech jsou tyto projevy i zastaveny.
- Ztráta sexuálního zájmu a potence.

1.6. Kriminalita

„Kriminalitu můžeme definovat jako výskyt trestního chování, které je v dané společnosti trestné. Jedná se o souhrn trestných činů, které se v konkrétní společnosti vyskytly a vyskytují. Jedná se o činy a chování sankcionovatelné podle trestního zákona a to jak zjevné, tak latentní.“ (Fisher, Škoda, 2009, str. 156)

Kriminalita je považována za jeden z nejvážnějších sociálně patologických jevů. Jen za posledních dvacet pět let u nás zvýšil počet evidovaných trestných činů téměř třikrát (Marešová, 2013) a vzrůstající tendence je vykazována i u trestných činů, kdy jsou pachateli mládež a mladiství. Mládež je dítě, které v době spáchání trestného činu nedovršilo věku 15 let. Mladistvý je ten, kdo v době spáchání trestného činu, dovršil patnáct let, ale nepřesáhl osmnáctého roku života. Kriminologie ještě definuje pojem „mladý dospělý“, kterým se označují osoby, jež spáchaly trestný čin a dosáhly 18 roku života, ale nejsou starší než 24 let. (Novotný, 2004)

V souvislosti s kriminalitou je třeba zmínit ještě pojem delikvence. Delikvence je mnohem širší pojem než kriminalita. Jsou v něm obsaženy i činy, které nejsou přímo trestné, ale i tak porušují zákon. Jedná se teda například o přestupky, nebo činy osob mladších patnácti let, kde z důvodu nízkého věku nelze uložit trest. S tímto pojmem se často setkáváme u problémového chování dětí a mládeže. V odborné literatuře se setkáváme označením juvenilní delikvence, u popisu činů mladistvých. (Fisher, Škoda, 2009)

Příčiny kriminality mládeže

Příčiny kriminality mládeže nelze jednoznačně definovat. Je zde mnoho faktorů, které ve výsledku mohou ovlivnit chování jedince, které by pak vedlo k trestné činnosti. Tyto faktory se navzájem ovlivňují. Nejčastěji se uvádí faktory biologické, sociální nebo psychické faktory.

U biologického faktoru jsou zmiňovány důvody jako pohlaví (u mužů je pravděpodobnější výskyt delikventního chování v poměru asi 10:1), (Vágnerová, 2004) vrozené dispozice k specifickým způsobům reagování a poruchy chování a emocí (poruchy spojené s minimální mozkovou dysfunkcí a syndromy hyperaktivity). U sociálních faktorů sehrává nejdůležitější postavení rodina. Zde se rozlišuje to, zda rodina plní svou funkci, je-li rodina úplná, jaký je vztah rodičů k delikvenci (tedy zda se třeba sami dopouštějí kriminální činnosti) a dalším z hledisek je pak výskyt syndromu CAN v rodině. U psychického faktoru pak hraje roli inteligence, kdy dokážeme ve spektru pachatelů kriminálních činností najít osoby od mentálně retardovaných až po geniální, ale obecně platí, že lidé s nižšími rozumovými schopnostmi se dopouštějí delikventního jednání častěji. Se svými schopnostmi nedokáží posoudit danou situaci a zvážit tak důsledky svého jednání. Další hledisko psychického faktoru je pak vrozený temperament, který ovlivňuje chování a reagování na podněty. (Fisher, Škoda, 2009)

Specifika kriminality mládeže

Kriminalita mládeže má své specifické znaky, které se odvíjí od věku pachatelů trestné činnosti. Pachatelé mají odlišné vlastnosti a zkušenosti a mají jiný psychický a somatický vývoj, než pachatelé, kteří jsou starší. Mezi tyto specifické znaky řadíme:

- Pachatelé juvenilní delikvence vybírají cíl útoku podle jiného hodnotového žebříčku, než dospělí jedinci.
- Častěji porušují zákon ve skupinách.
- Svůj čin si nedokáží pečlivě naplánovat, ve většině případů prvek plánování chybí úplně. Pachatelé často volí nesprávné nástroje a metody pro páchaní trestného činu. Jednají impulzivně, spíše na základě emocí než rozumu.
- Se svým činem se často svěrují skupině, do které patří. Ve skupině se i snaží získat alibi na případnou trestnou činnost. Věci, které nabydou během trestné činnosti, jsou pak rozděleny v rámci skupiny.
- Objektem trestné činnosti se stávají věci, které se pachatelům líbí, nebo je aktuálně potřebují (např. alkohol, cigarety, auta).
- Chování během trestné činnosti je často nepřiměřeně tvrdé. V takových případech je typické ničením či znehodnocováním majetku. Takové to chování navíc

povzbuzuje to, že pachatelé jsou často pod vlivem alkoholu nebo psychotropních látek, které jejich agresivitu ještě zvyšuje.

(Mühlpachr, 2001)

1.7. Syndrom CAN

Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (Child Abuse and Neglect) je definován:

"Jakýmkoli nenáhodným jednáním rodičů nebo jiné dospělé osoby, které je v dané společnosti odmítané a nepřijatelné, jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popř. způsobuje jeho smrt." (Vágnerová, 2004, str. 47)

Důležité z definice je to, že se jedná o jev nenáhodný. Vzniknout může buď fyzickým nebo psychickým napadením, nebo i zanedbáváním. Všechny formy syndromu CAN mohou mít vážný dopad na budoucí vývoj dítěte a celkově jeho život.

Podle zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 rozlišujeme několik základních druhů syndromu CAN:

- Fyzické týrání
- Psychické týrání
- Zanedbávání
- Systémové týrání
- Sekundární viktimizace
- Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy)

Fyzické týrání

Jedná se o všechny nepřiměřené formy násilí páchané na dítěti. Fyzické týrání zahrnuje jak použití hrubé síly na dítě, v jehož důsledku dojde k tělesnému zranění, trvalému poškození nebo i smrti dítěte, ale i pravidelného užívání tělesného trestu jako výchovnou formu. Nejčastěji se můžeme setkat s:

- Nepřiměřeným bitím rukou (facky atp.) či různými nástroji (pásek, vařečka atp.)
- Kopáním do dítěte, uhození pěstí, popáleniny od cigarety, opařování horkou vodou, bodné rány
- Vytrháváním vlasů, tahání za uši, škrcení, dušení, silné třesení
- Svazování, připoutávání, odmítání spánku a potravy
- Šikanování

(Fisher, Škoda, 2009)

Aktérem takovýchto útoků může být kdokoli, kdo je silnější a má větší moc. Často se pak jedná o samotné rodiče, nebo jejich příbuzné. Důvodem ve většině případů není individuální psychopatologický stav rodičů samých, ale spíše vedlejší jevy jako např. deprese, závislosti na návykových látkách, popřípadě i psychotické poruchy nebo poruchy osobnosti rodičů (nejčastěji pak negativní zážitky z jejich vlastního dětství). Mezi rizikové pachatele fyzického násilí na dětech jsou dále zařazovány svobodné nebo velmi mladé matky a obecně rodiče osobnostně nezralí, lidé impulsivní, kteří mají nižší míru schopností se ovládat. (Bachyňová et al., 2007)

Nejvíce ohrožené děti jsou ty, které nesplňují očekávání ze strany rodičů, jsou somaticky nebo psychicky znevýhodněny a děti, které rodiče svým chováním a jednáním dráždí a zatěžují.

Důsledky fyzického týraní, které si dítě do budoucího života ponese, mohou být velmi závažné. Děti mohou mít problém v oblasti kognitivních procesů a od toho odvíjející se úspěšnost ve škole. Týraní má dopad i na jejich emocionální rozvoj, kdy jedinci často bývají emocionálně oploštění, výbušní, snadno se nechají vyvést z rovnováhy, můžou jednat agresivně. Hůře se orientují v mezilidských vztazích a mají tendence se sebedoceňovat. V dospělém životě pak mají problém se seberealizovat. Bývají často nezaměstnaní, nezvládají svou rodičovskou roli a sami nejsou schopni uspokojovat potřeby svých dětí, kdy se může stát, že z týraného dítěte se stane rodič-tyran. (Fisher, Škoda, 2009)

Psychické týrání

Psychické týrání je další z možných druhů CAN. Může na dítěti zanechat negativní vývoj v jeho chování, osobnosti a sebehodnocení. Psychické týrání je často doprovázeno i ostatními druhy CAN, ale může se vyskytovat i samostatně. V některých případech může psychické týrání zanechat závažnější následky na dítěti, než týrání fyzické.

„Psychické (citové) týrání zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Citové týrání může mít formu verbálních útoků na sebevědomí dítěte, opakované ponižování dítěte či jeho zavrhávání, vystavování dítěte násilí nebo vážným konfliktům doma, násilná izolace, omezování dítěte, vyvolávání situace, kdy dítě má skoro stále pocit strachu, což může též působit citové ublížení.“
(Sochůrek, 2009, str. 150-151)

Tento druh týrání vede k významnému narušení psychického vývoje jedince, konkrétně pak sebepojetí a osobnostní vývoj dítěte, často se pak u takových dětí setkáváme s pocitem deprese, úzkosti a dissociativními prožitky. Je zde také výrazný nárůst suicidálního jednání (až dvanáctkrát oproti běžné populaci a pětkrát oproti obětem fyzického týrání). (Kaplan et al., 1999) Nejohroženější bývají jedinci ve věku 6-8 a pak v období dospívání. (Bachyňová et al., 2007)

Mezi nejčastější projevy psychického týrání řadíme časté nadávky, výhrůžky, zesměšňování, ustavičné srovnávání s úspěšnějším jedincem, citové vydírání, požadavky na nereálné výkony (v oblasti školy i např. sportu atp.), neadekvátní zatěžování dítěte v domácích povinnostech atd.

Zanedbávání

Zanedbávání je jev, kdy dítěti není věnována dostatečná péče o jeho potřeby. To pak způsobuje problémy ve vývoji dítěte nebo je ohrožuje jinak. Typickým znakem zanedbávání je nezáměr o dítě. Existují i případy zanedbávání, kdy dítěti nejsou uspokojeny základní životní potřeby, takové případy mohou končit i smrtí dítěte. (Sochůrek, 2009)

Mezi další typy zanedbávání dále řadíme to, když dítě nemá oblečení uzpůsobené jeho věku, pohlaví a prostředí, ve kterém se pohybuje, když malé dítě ponecháme bez dozoru někoho dospělého, který by na dítě dával pozor, když po dítěti chceme, aby zastával množství domácích prací, které nejsou přiměřené jeho věku, či jsou nebezpečné. Posledním druhem je vyžadování dlouhého hlídání mladšího sourozence. (Mufson, 1996)

Systemové týrání

Tato forma týrání je způsobena systémem, který byl vytvořen pro ochranu dětí a jejich rodin. Dítě, popřípadě celá rodina, je pak tímto systémem poškozována, i když by jim měl systém pomoci. Nejčastěji se jedná o automatické odebrání dětí z rodin, bez poskytnutí nějaké předchozí pomoci nebo potřebné podpory. Dále sem spadá nedostatečná péče o děti v dysfunkčních rodinách či denních zařízeních, které dítě navštěvuje. Nejčastěji se s tímto typem týrání setkáváme u dětí, které jsou opuštěné nebo odebrané z rodin. (Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Sekundární viktimizace

Se sekundární viktimizací se nejčastěji setkáváme v průběhu vyšetřování pro syndrom CAN. Jedná se o jev, kdy je oběť syndromu CAN vystavována nepřiměřené psychické zátěži, například opakujícími se výpověďmi, obviňování samotné oběti, bezdůvodné odebrání dítěte z rodiny, nebo zpochybňování věrohodnosti výpovědi. (<http://www.ditekrize.cz/>)

Münchhausenův syndrom v zastoupení (by proxy).

U nás znám jako syndrom barona Prášila. Lidé trpící tímto syndromem se snaží přivodit nejružnější symptomy, na které se posléze nechávají vyšetřit a léčit. V případě, kdy je syndrom v zastoupení (by proxy) se jedná o situaci, kdy rodič vymýšlí příznaky u svých dětí. Toto vymýšlení symptomů může jít až tak daleko, že je rodič schopen dítě trávit, nebo upravovat vzorky moči, aby dosáhl očekávaných příznaků nemoci a na dítěti mohla být zahájena léčba, která je mnohdy zcela zbytečná a může způsobit vážné zdravotní následky či smrt dítěte. (Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995)

Důvod pro toto chování je pobírání nejrůznějších výhod ze strany rodičů. Ať už se jedná o peněžitý zisk ze sociálních dávek a příspěvků, nebo litující okolí. (Fisher, Škoda, 2009)

Rituální zneužívání

Rituální zneužívání můžeme *definovat jako: "fyzické, psychické nebo sexuální ubližování dítěti spojené s opakovanými aktivitami ("rituálem"), jejichž účelem či smyslem je spojit toto zneužívání s náboženským, magickým nebo nadpřirozeným kontextem."* (Dunovský, Dytrych, Matějček et al., 1995, str. 70)

Jedná se o zvláštní a velice podivnou formu týrání dětí. Má v sobě bizarní a často až neuvěřitelné prvky, díky kterým se snižuje jejich hodnověrnost, zvláště pak v podání výpovědi dětí. Ale i zde je potřeba brát dítě vážně a tvrzení dítěte si minimálně ověřit.

1.8. Prevence

Prevence v nejširším možném významu znamená předcházení nějakým, zpravidla škodlivým jevům. Nejčastěji se tento pojem používá ve vztahu k zdravotnímu stavu populace, kde jej chápeme jako soubor procesů, které vedou k omezení a šíření nemocí. V oblasti sociálně patologických jevů se pak jedná především o předcházení vzniku, šíření a zmírnění dopadů těchto jevů. (Velký sociologický slovník)

Obecně se pak předpokládá, že z ekonomického, sociálního i etického hlediska, je výhodnější přecházet problémům metodami prevence, než zakročovat proti již existujícím negativním jevům. (Velký sociologický slovník)

V oblasti školství se prevence zaměřuje na předcházení rizikového chování u žáků. Pokud tato možnost není reálná, soustředíme se na odsunutí tohoto chování do pozdějšího věku žáka. Pokud už ale k němu došlo, nebo dochází, snažíme se

o zmírnění nebo zastavení tohoto chování, zminimalizování následků a eventuálních negativních dopadů. (<http://www.adiktologie.cz/>)

Podle toho v jaké fázi rizikového chování se nacházíme, rozlišujeme tři druhy prevence. Primární, nebo také v literatuře označována jako tvůrčí, konstruktivní, či kreativní. V té se snažíme předcházet výskytu rizikového chování. Sekundární prevence se zaměřuje na včasné odhalení rizikového chování a jeho dalšího rozšiřování, či prohlubování. Terciální prevence se pak snaží zabránit opakování tohoto chování, snížit jeho následky. Zaměřuje se na aktéry tohoto chování. (Velký sociologický slovník)

V zaměření na školství a prevenci rizikového chování u dětí a mládeže se setkáváme s preventivními programy. Ty jsou povinně vypracováván každou základní a střední školou. Preventivní program by měl být integrován do vzdělávacího programu školy, aby se tak stal neoddělitelnou součástí života a výuky na škole. (Procházka, 2012)

Cílem tohoto programu je pak komplexní změna stavu věci. Nejde tedy jen o určité množství přednášek či kurzů, které na škole proběhnou. Jde o to jasně vyjádřit názor na problémový jev a zapojit do jeho prevence a řešení ne jen žáky, ale i učitele a samozřejmě i rodiče dětí. Důraz klademe na vytvoření pozitivního klimatu školy, rozvoj zdravého jednání a chování dětí, rozvoj jejich koníčků a zájmů, zlepšování jejich komunikačních dovedností, formování jejich osobnosti tak, aby byli připraveni na život ve společnosti. (Procházka, 2012)

1.8.1. Primární prevence

Primární prevencí rozumíme takové aktivity, které mají za cíl předejít problémům a následkům spojené s rizikovým chováním, případně minimalizovat jeho dopad a zamezit jeho rozšíření. (MŠMT 2009).

U primární prevence rozlišujeme specifickou a nespecifickou primární prevenci. Specifická prevence je taková prevence, která se zaměřuje na předcházení a omezování výskytu konkrétních forem rizikového chování žáků. Můžeme ji rozdělit na tři úrovně provedení. Tyto úrovně se od sebe liší intenzitou programu, využívanými metodami,

prostředky atd. Obecně můžeme říct, že čím je program intenzivnější a jde více do hloubky problému, tím více využívá speciálně pedagogických, psychologických a psychoterapeutických technik a postupů. Tyto úrovně jsou:

- Všeobecná primární prevence – jedná se o programy, které se zaměřují na běžnou populaci. Není zde zaměření na cílové rizikové skupiny, jediné, co se zohledňuje, je věkové složení a případně další faktory jako například sociální aj. Tento typ prevence probíhá obvykle ve větších skupinkách, například třídách.
- Selektivní primární prevence – tento typ prevence se zaměřuje na skupiny osob, u kterých je zvýšená šance na vznik a vývoj různých forem rizikového chování. Mezi faktory ovlivňující tuto šanci řadíme například to, že jsou častěji s rizikovým chováním v kontaktu než jiné skupiny. Programy pracují s menšími skupinkami osob, nebo jednotlivci.
- Indikovaná primární prevence – se zaměřuje na jedince, kteří jsou výrazně vystaveni působení rizikových faktorů, nebo na jedince, u kterých se rizikové chování projevilo. Snahou indikované primární prevence je podchytit problém, správně ho posoudit a zahájit nápravu.

(Miovský, et al., 2010)

Dalším druhem primární prevence je prevence nespécifická, která má za cíl vést žáky ke zdravému životnímu stylu, smysluplného využití volného času, osobnostního rozvoje atp. (<http://www.prevence-info.cz/>)

Primární prevence ve školním prostředí je zaměřena primárně na tyto rizikové jevy:

- Předcházení zejména následujícím rizikovým jevům v chování žáků: záškoláctví, šikana, násilí, divácké násilí, kriminalita, delikvence, vandalismus, závislost na politickém a náboženském extremismu, rasismus, xenofobie, užívání návykových látek (tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky), onemocnění HIV/AIDS a dalšími nemocemi šířícími se krevní cestou, poruchy příjmu potravy, netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling).
- Rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech: domácího násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování výchovy mládeže, poruch příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie).

(Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012)

Aby primární prevence byla efektivní, měla by splňovat určité zásady. Mezi tyto zásady řadíme:

- Aby byl program co nejefektivnější, měl by začínat v nejmenším možném věku zúčastněných osob. Efektivita prevence vzrůstá, pokud se zahájí ještě v době, než se účastníci setkají s rizikovým projevem (např. alkoholem, tabákem atp.). Vždy ale platí, že obsah programu musí odpovídat inteligentní úrovni jeho účastníků.
- Preventivní programy by měly mít dlouhodobý a ucelený charakter. Jednorázové aktivity nejsou příliš efektivní.
- Během programu se využívají principy interaktivní výuky. Díky této metodě výuky se rozvíjí u dětí kreativita, spolupráce a zlepšují se jejich sociální dovednosti. Efektivitu programu zvyšuje i menší počet účastníků. Ideální počet je asi 30, tedy jedna třída.
- Vedeme účastníky k aktivní práci ve skupině. To vede k lepšímu zapamatování informací, které se snažíme předat.
- Využití tzv. KAB modelu (knowledge, attitudes, behaviour = znalosti, postoje, dovednosti), kde se orientujeme nejen na úroveň informací, ale i na změnu postojů a chování. Výsledkem programu by neměly být jen předané informace, ale i změny v postojích a schopnostech zúčastněných, které mají za následek zlepšení schopnosti čelit tlaku, stresu, nabytí zdravého sebevědomí aj. Nejlepším ukazatelem efektivity je pozitivní změna v chování.
- Program bere v úvahu specifika dané oblasti a je jí tak vytvořen na míru. Proto se například více bude zaměřovat na problém, který je v dané oblasti aktuální.
- Používáme pozitivní modely, se kterými se můžou účastníci kurzu ztotožnit a mít je za své vzory.
- Flexibilita programu. Ten musí reagovat na aktuální problémy, se kterými se skupina potýká.
- Odbornost pedagogických pracovníků, kteří musí splňovat kritéria pro podobné typy programů. Důležité jsou i osobnostní předpoklady, například jasné morální postoje, protidrogové smýšlení, schopnost umět správně prezentovat učivo aj.

(<http://www.adiktologie.cz/>)

1.8.2. Sekundární prevence

Sekundární prevence se snaží předcházet vzniku rizikového chování, nebo pracuje s jedinci, u kterých se toto chování již vyskytlo, ale ještě mu úplně nepropadli. Například se jedná tedy o jedince, kteří drogu zkusili, ale ještě na ni nejsou zcela závislí. Pracuje jak s jedinci samotnými, tak i s jeho rodinou či obecně veřejností. Nejčastějšími poskytovateli sekundární prevence jsou krizová centra, centra pro mládež, nebo linka bezpečí. (<http://www.adiktologie.cz/>)

1.8.3. Terciální prevence

Tento typ prevence se zabývá jedinci, u kterých se rizikové chování projevilo ve velké míře. Snaží se zabránit rozvoji dalších komplikací, zmírnit následky a zamezit recidivitě. Cílem je resocializace jedince do společnosti, což je ale mnohdy velice složité. Proto se snažíme udržet s těmito jedinci kontakt, navázat s nimi spolupráci a snažit se minimalizovat následky, které svým rizikovým chováním způsobuje sobě a společnosti. Příkladem tohoto druhu prevence mohou být tzv. K centra. (Stonišová, 2012)

2. Empirická část

2.1. Cíle výzkumu

Cílem výzkumu, který jsem provedl v rámci své diplomové práce, bylo zjistit, jaká je teoretická znalost v oblasti sociálně patologických jevů u studentů učitelství. K vyřešení tohoto problému jsem zvolil metodu dotazníkového šetření. Dotazník (příloha č. 1) jsem se pokusil sestavit tak, aby v sobě zahrnul všechny možné projevy sociálně patologického chování, se kterým se může budoucí učitel setkat v praxi.

2.1.1. Formulace výzkumných otázek

Pro praktickou část své diplomové práce jsem se rozhodl stanovit si soubor devíti výzkumných otázek. V rámci těchto výzkumných otázek chci zkoumat, jaké jsou názory dotazovaných na konkrétní otázky, týkající se například zákazu kouření na veřejnosti, nebo toho, jak dobře dokáží rozpoznat vybrané sociálně patologické jevy. V rámci posledních dvou výzkumných otázek (výzkumná otázka číslo VIII a IX) budu zkoumat obecnou informovanost budoucích učitelů o sociálně patologických jevech a rozdíl v informovanosti mezi respondenty prvního a druhého ročníku navazujícího magisterského studia.

Výzkumná otázka I: Jaký je názor budoucích učitelů na problematiku zákazu kouření na veřejnosti?

Výzkumná otázka II: S jakým sociálně patologickým jevem se, podle studentů učitelského oboru, setkají v praxi nejčastěji.

Výzkumná otázka III: Je podle studentů příprava, kterou jim škola k této tématice dává, dostatečná?

Výzkumná otázka IV: Dokáží budoucí učitelé identifikovat závislost na nealkoholových drogách?

Výzkumná otázka V: Dokáží budoucí učitelé identifikovat příznaky poruchy příjmu potravy?

Výzkumná otázka VI: Dokáží budoucí učitelé identifikovat projevy šikany?

Výzkumná otázka VII: Uvědomují si budoucí učitelé rizika netolismu?

Výzkumná otázka VIII: Studenti navazujícího magisterského oboru učitelství jsou dobře informováni (mají dostatečné znalosti) o sociálně patologických jevech, které se mohou vyskytovat ve školním prostředí.

Výzkumná otázka IX: Studenti druhého ročníku navazujícího magisterského studia mají větší teoretickou znalost týkající se problematiky sociálně patologických jevů než ročníky první.

2.2. Metodika výzkumu

2.2.1. Technika sběru dat

Ke zpracování výše uvedených výzkumných otázek jsem využil dotazníku. Jedná se o typickou techniku kvantifikovaného výzkumu. Dotazník jsem rozdělil do tří částí. V první části měli respondenti možnost výběru z odpovědí ano a ne. U těchto otázek jsem se ptal na to, jestli s daným výrokiem souhlasí nebo nesouhlasí. Ve druhé části měli na výběr možnosti, ze kterých mohli zaškrtnout ty správné. U některých otázek bylo správných odpovědí více (tyto otázky byly vždy označené). V poslední části pak byly otázky s volnými odpověďmi. Výjimkou je otázka číslo jedna, ve které měli respondenti zvolit, v jakém ročníku studia se nacházejí. Výzkum byl prováděn v hodinách (ve výuce), takže dotazování měli dost času na jeho vyplnění. Čas vyplňování dotazníku se pohyboval kolem 15-25 minut.

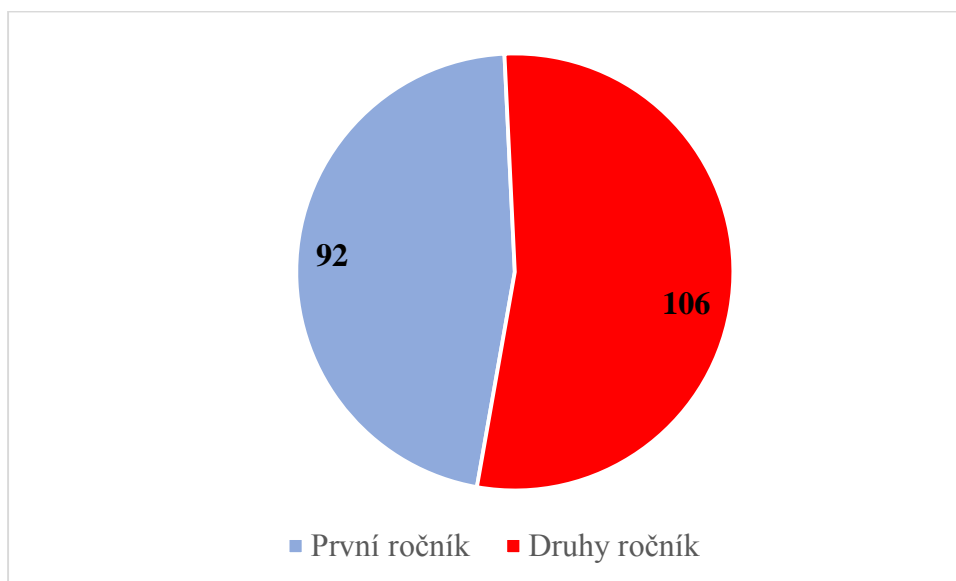
2.2.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 198 studentů Univerzity Palackého v Olomouci. Jednalo se o studenty studující různé obory denního studia na pedagogické fakultě, avšak všechny tyto obory mají zaměření na učitelství pro 2. stupeň základních škol nebo učitelství pro 2. stupeň základních škol a středních škol. Výzkum byl prováděn na konci roku 2014, kdy druhé ročníky navazujícího magisterského studia již měly obě pedagogické praxe za sebou a první ročníky obě před sebou.

2.3. Analýza výsledků dotazníkové výzkumu

Otázka číslo 1 – V kterém ročníku navazujícího magisterského studia se nacházíte?

Graf č. 1 – k otázce číslo 1, ve kterém ročníku navazujícího studia se dotazovaný nachází.



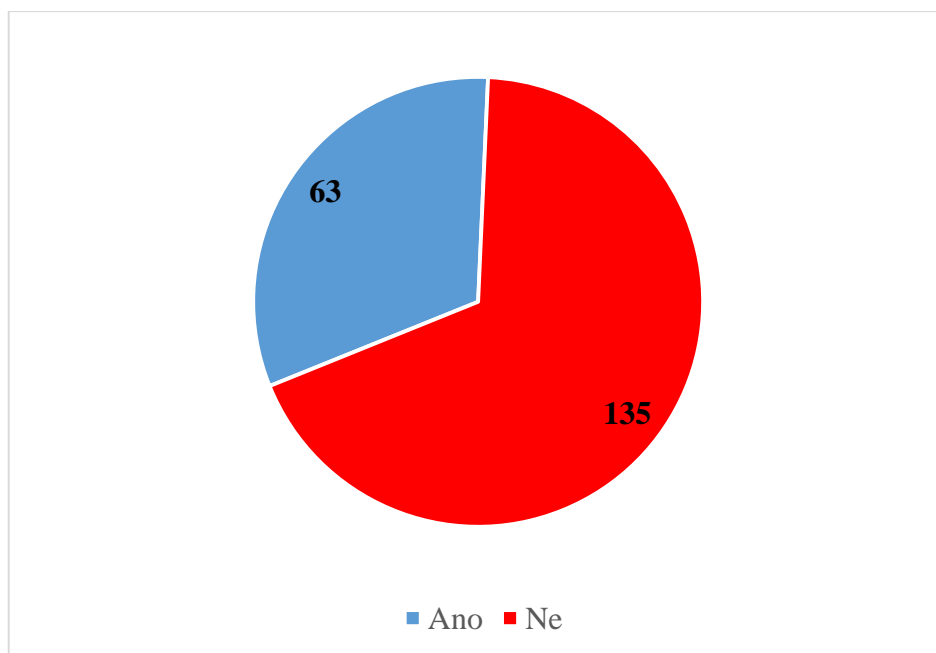
Tabulka č. 1 – k otázce číslo 1, ve kterém ročníku navazujícího studia se dotazovaný nachází.

	V kterém ročníku navazujícího magisterského studia se nacházíte?	
Otázka	První ročník	Druhý ročník
č. 1	92 (47%)	106 (53%)

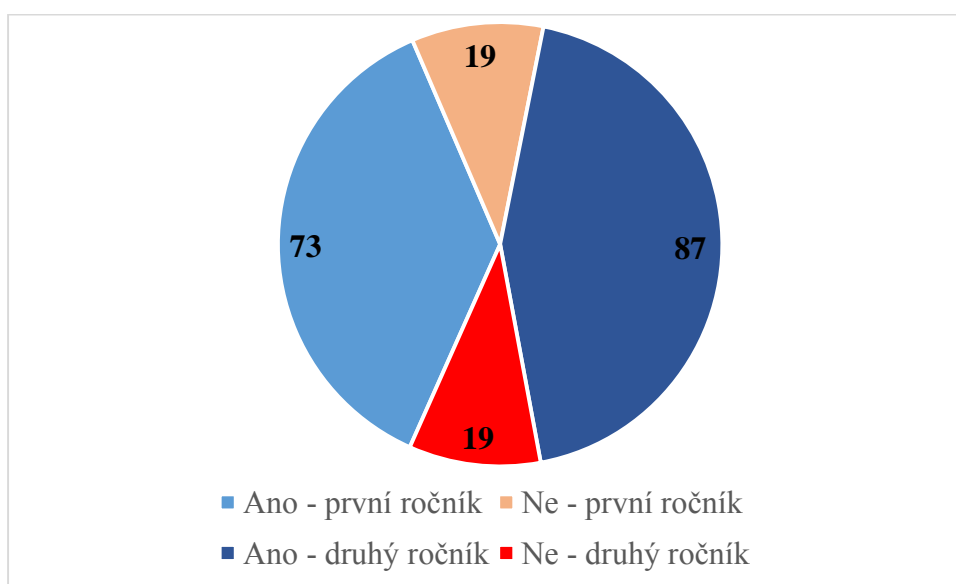
Z celkového počtu 198 dotazovaných bylo 92 dotazovaných v prvním ročníku navazujícího magisterského studia a 106 ve druhém ročníku navazujícího magisterského studia.

Otázka číslo 2 – Domníváte se, že závislost na alkoholu má u žen rychlejší nástup a výraznější sociální degradaci?

Graf č. 2 – k otázce číslo 2, má závislost na alkoholu u žen rychlejší nástup a významnější sociální degradace? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 3 – k otázce číslo 2, má závislost na alkoholu u žen rychlejší nástup a významnější sociální degradace? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



Tabulka č. 2 – k otázce číslo 2, má závislost na alkoholu u žen rychlejší nástup a významnější sociální degradaci?

		Domníváte se, že závislost na alkoholu má u žen rychlejší nástup a významnější sociální degradaci?			
Otázka č. 2	Dohromady				
	Ano		Ne		
	160 (81%)		38 (19%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Ano	Ne	Ano	Ne	
	73 (79,3%)	19 (20,7%)	87 (82,1%)	19 (17,9%)	

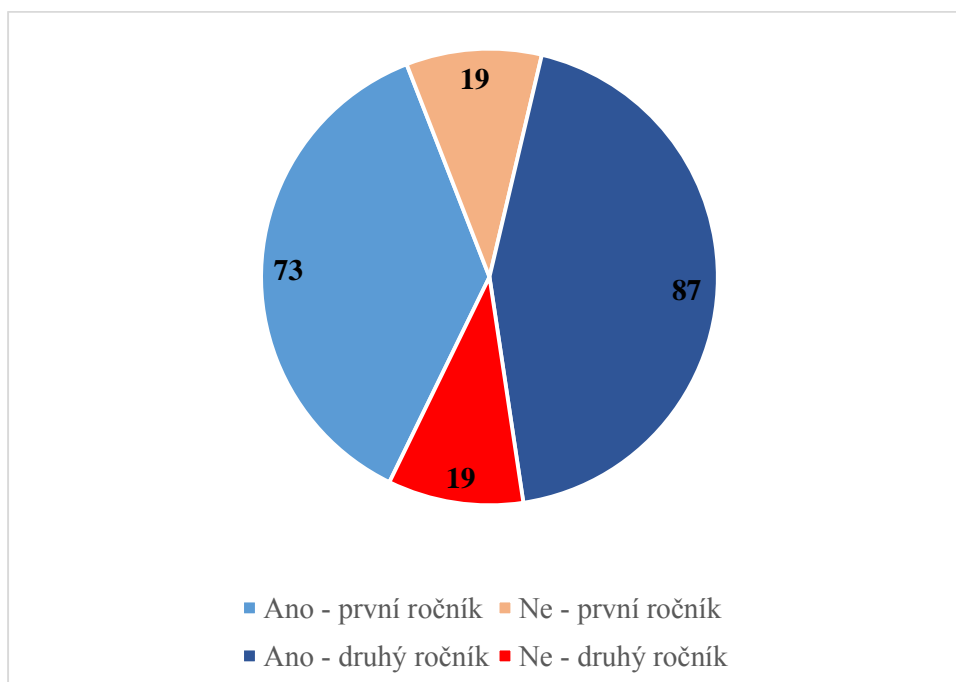
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvě 160 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že závislost na alkoholu má u žen rychlejší nástup než u mužů. V této skupině je 73 respondentů v prvním ročníku a 87 v ročníku druhém. Zbylých 38 respondentů s výrokem nesouhlasí. 19 z nich je v ročníku prvním a 19 v ročníku druhém.

Otázka číslo 3 - Domníváte se, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika?

Graf č. 4 – k otázce číslo 3, myslíte si, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 5 – k otázce číslo 3, myslíte si, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



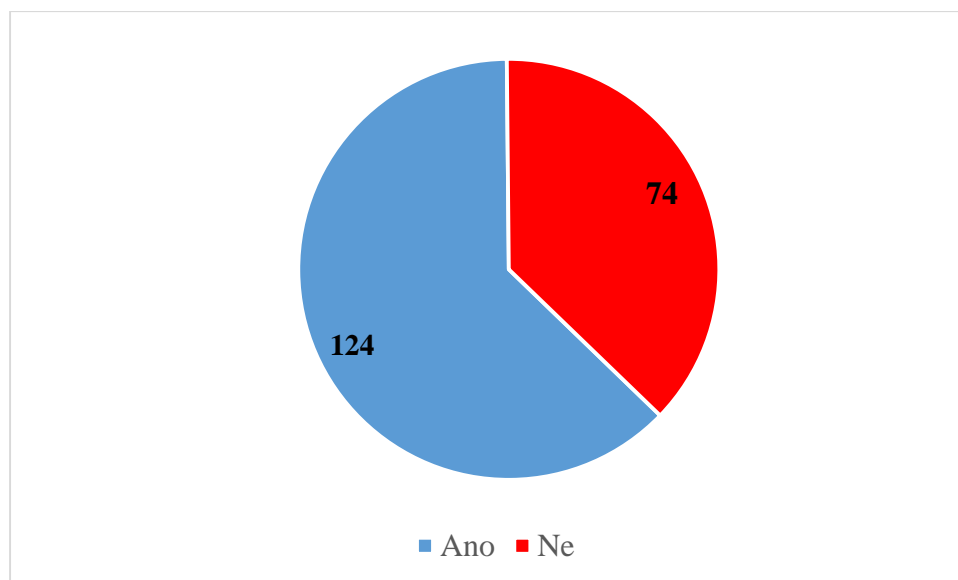
Tabulka č. 3 – k otázce číslo 3, myslíte si, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika?

		Domníváte se, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika?			
Otázka č. 3	Dohromady				
	Ano		Ne		
	63 (32%)		135 (68%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Ano	Ne	Ano	Ne	
	29 (31,5%)	63 (68,5%)	34 (33%)	72 (67%)	

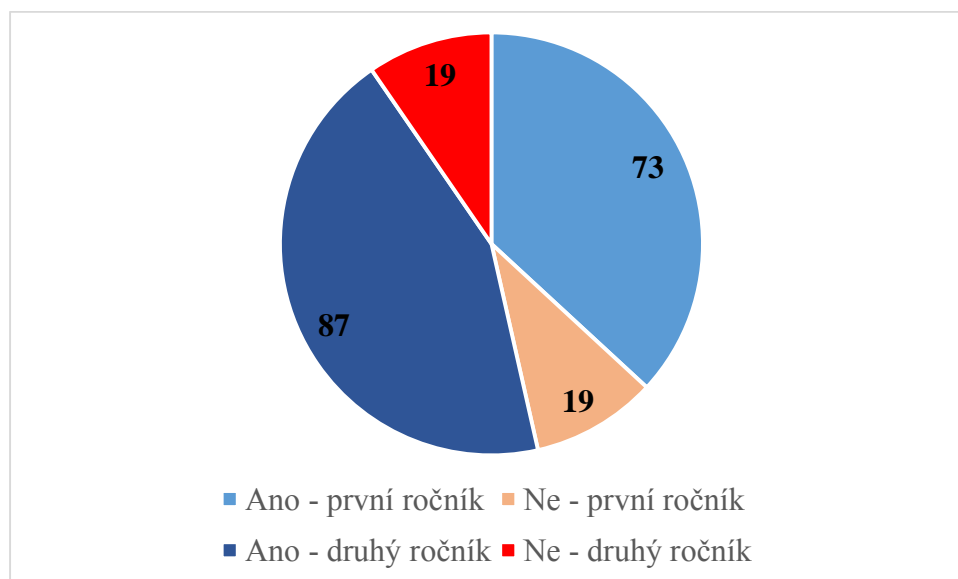
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo tři 63 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definicí alkoholika. V této skupině je 29 respondentů v prvním ročníku a 34 v ročníku druhém. Zbylých 135 respondentů s výrokem nesouhlasí. 63 z nich je v ročníku prvním a 72 v ročníku druhém.

Otázka číslo 4 - Domníváte se, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen?

Graf č. 6 – k otázce číslo 4, myslíte si, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 7 – k otázce číslo 4, myslíte si, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



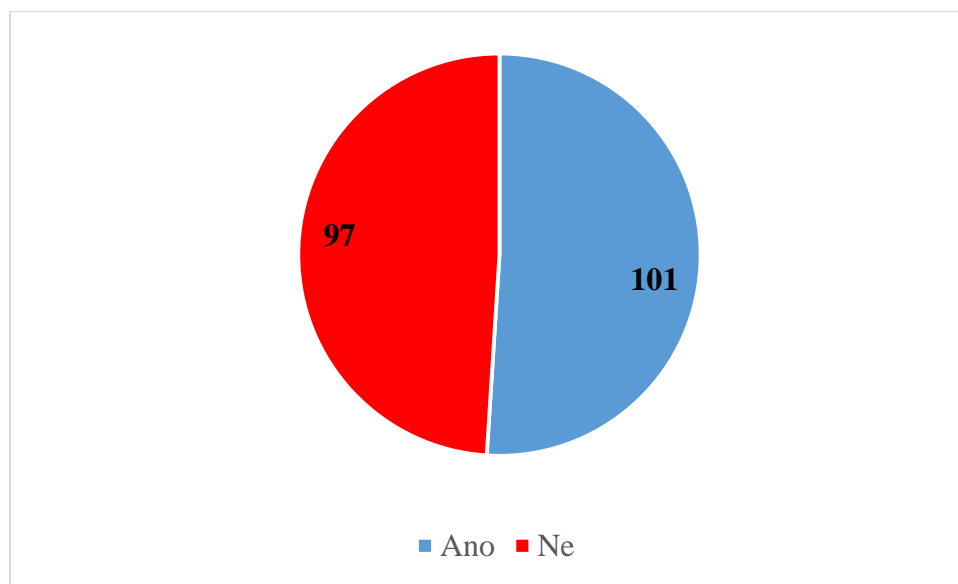
Tabulka č. 4 - k otázce číslo 4, myslíte si, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen?

	Domníváte se, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen?			
Otázka č. 4	Dohromady			
	Ano		Ne	
	124 (63%)		74 (37%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	56 (61%)	36 (39%)	68 (67%)	38 (33%)

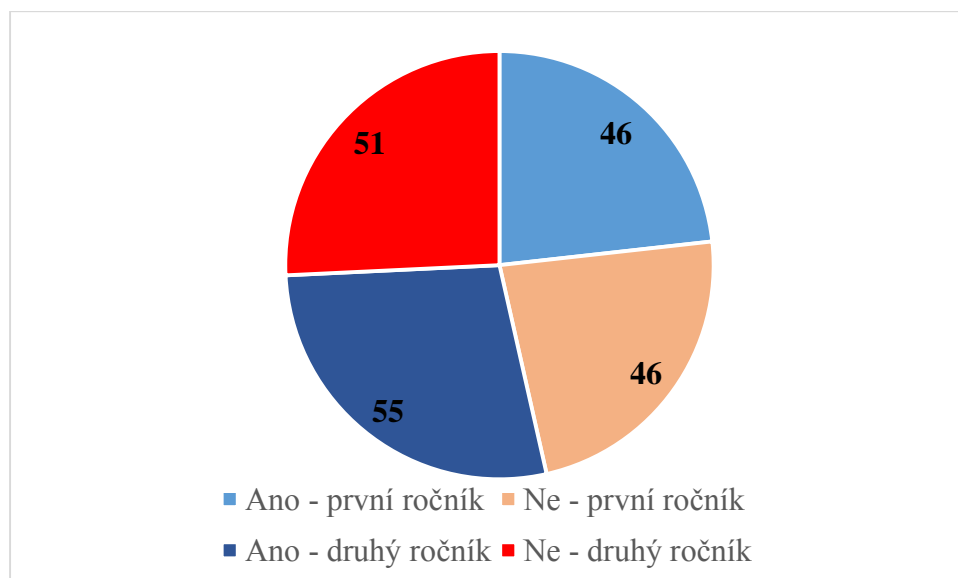
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo čtyři 124 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen. V této skupině je 56 respondentů v prvním ročníku a 68 v ročníku druhém. Zbylých 74 respondentů s výrokem nesouhlasí. 36 z nich je v ročníku prvním a 38 v ročníku druhém.

Otázka číslo 5 - Domníváte se, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti?

Graf č. 8 – k otázce číslo 5, myslíte si, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 9 – k otázce číslo 5, myslíte si, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



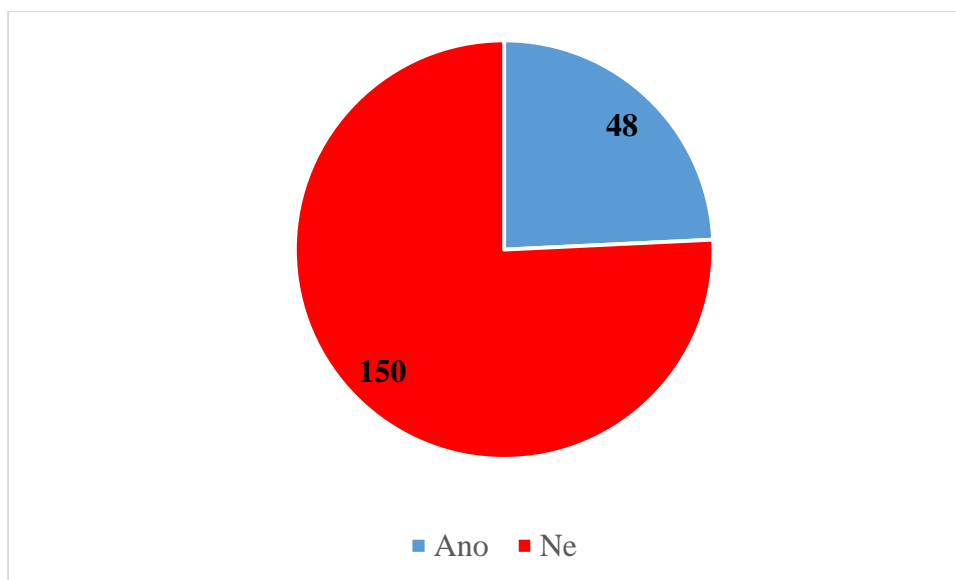
Tabulka č. 5 - k otázce číslo 5, myslíte si, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti?

	Domníváte se, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti?			
Otázka č. 5	Dohromady			
	Ano		Ne	
	101 (51%)		97 (49%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	46 (50%)	46 (50%)	55 (54%)	51 (46%)

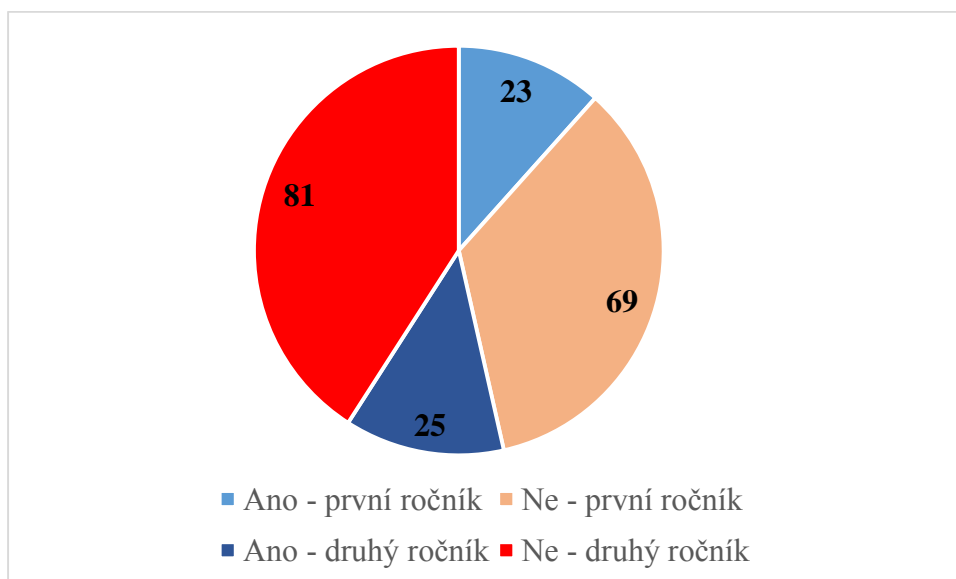
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo pět 101 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti. V této skupině je 46 respondentů v prvním ročníku a 55 v ročníku druhém. Zbylých 97 respondentů s výrokem nesouhlasí. 46 z nich je v ročníku prvním a 51 v ročníku druhém.

Otázka číslo 6 - Domníváte se, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická?

Graf č. 10 – k otázce číslo 6, myslíte si, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 11 – k otázce číslo 6, myslíte si, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



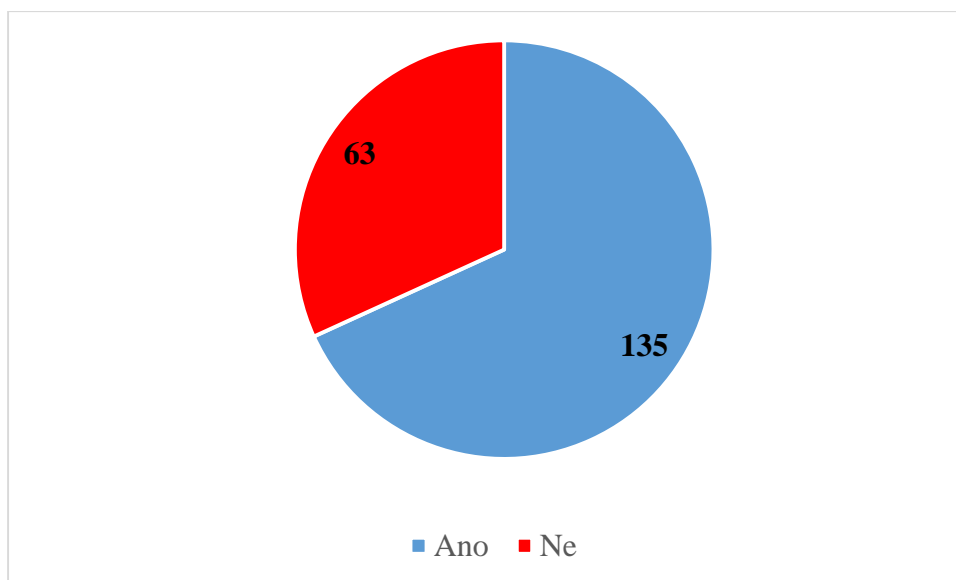
Tabulka č. 6 - k otázce číslo 6, myslíte si, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická?

	Domníváte se, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická?			
Otázka č. 6	Dohromady			
	Ano		Ne	
	48 (24%)		150 (76%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	23 (25%)	69 (75%)	25 (25%)	81 (75%)

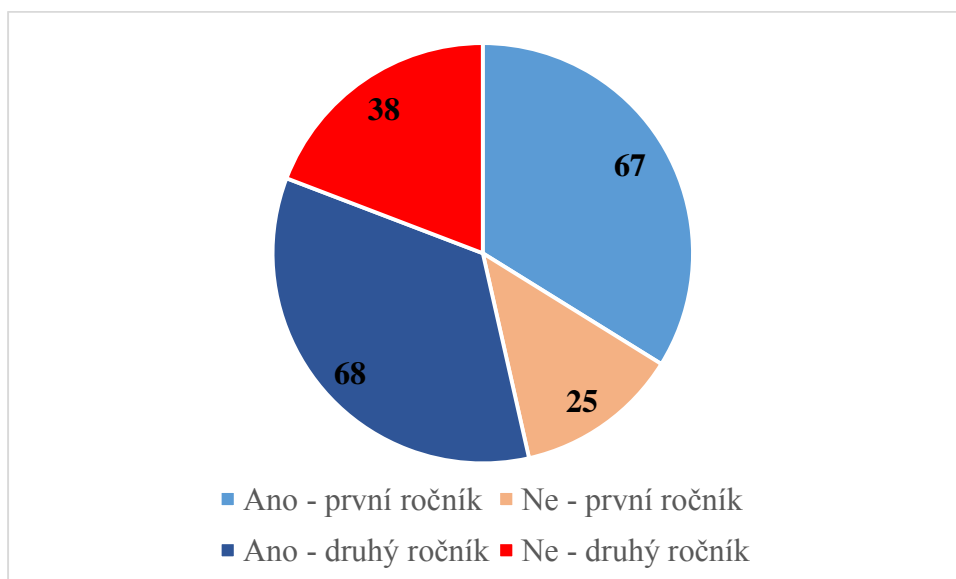
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo šest 48 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než ta psychická. V této skupině je 23 respondentů v prvním ročníku a 25 v ročníku druhém. Zbylých 150 respondentů s výrokem nesouhlasí. 69 z nich je v ročníku prvním a 81 v ročníku druhém.

Otázka číslo 7 - Jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích?

Graf č. 12 – k otázce číslo 7, jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 13 – k otázce číslo 7, jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích? Graf rozděluje respondent podle ročníku.



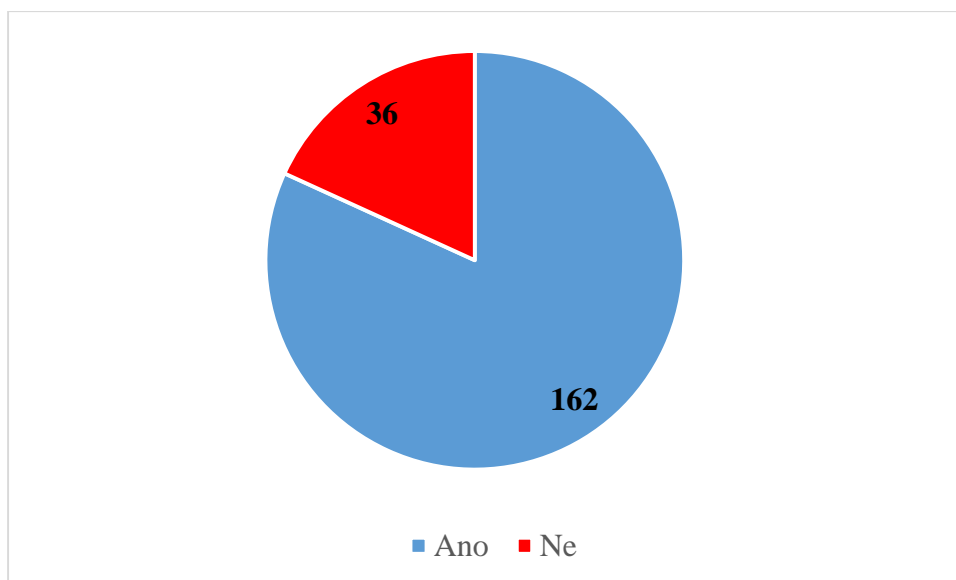
Tabulka č. 7 - k otázce číslo 7, jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích?

	Jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích?			
Otázka č. 7	Dohromady			
	Ano		Ne	
	135 (68%)		63 (32%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	67 (73%)	25 (27%)	68 (67%)	38 (33%)

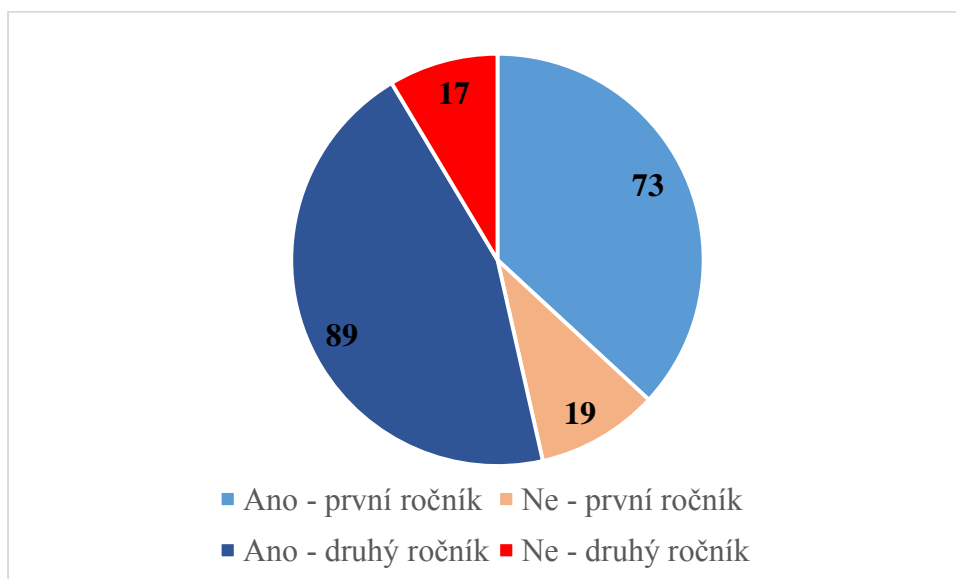
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo sedm 135 respondentů kladně, tedy souhlasí se zavedením zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích. V této skupině je 67 respondentů v prvním ročníku a 68 v ročníku druhém. Zbýlých 63 respondentů s výrokem nesouhlasí. 25 z nich je v ročníku prvním a 38 v ročníku druhém.

Otázka číslo 8 - Domníváte se, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobují paranoiu?

Graf č. 14 – k otázce číslo 8, myslíte si, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobují paranoiu? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 15 – k otázce číslo 8, myslíte si, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobují paranoiu? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



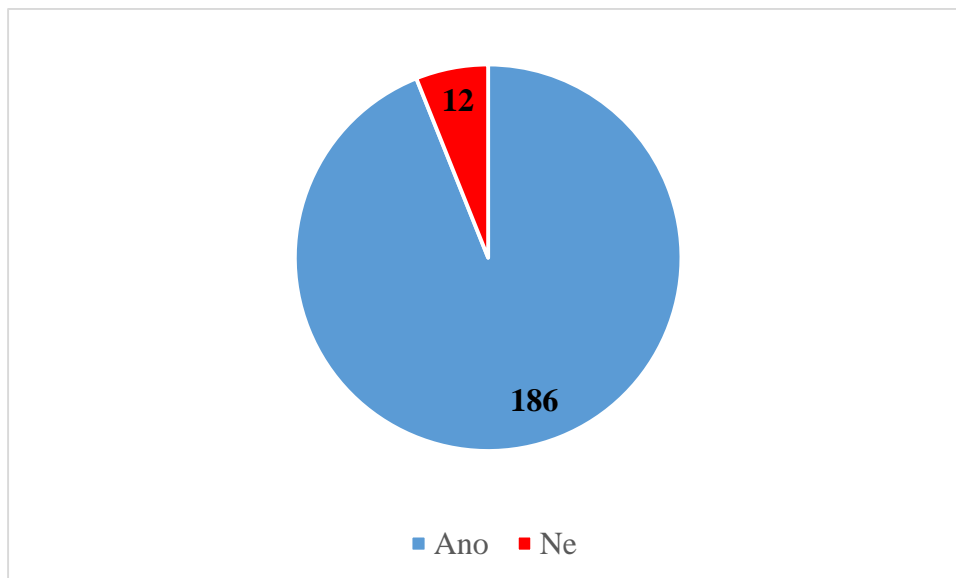
Tabulka č. 8 - k otázce číslo 8, myslíte si, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobují paranoiu?

	Domníváte se, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobují paranoiu?			
Otázka č. 8	Dohromady			
	Ano		Ne	
	162 (82%)		36 (18%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	73 (79%)	19 (21%)	89 (87%)	17 (13%)

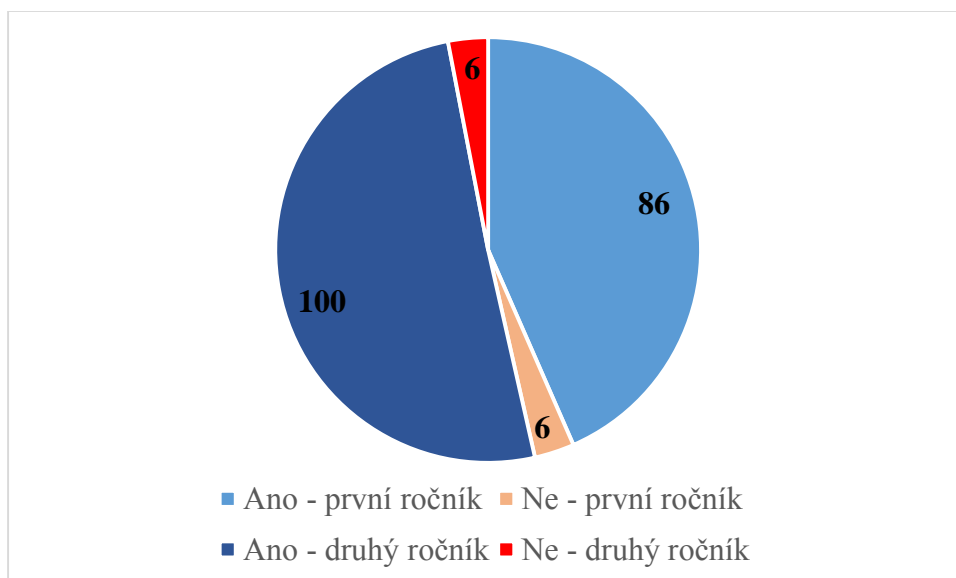
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo osm 162 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že amfetaminové drogy mění osobnost a způsobují paranoiu. V této skupině je 73 respondentů v prvním ročníku a 59 v ročníku druhém. Zbylých 36 respondentů s výrokem nesouhlasí. 19 z nich je v ročníku prvním a 17 v ročníku druhém.

Otázka číslo 9 - Domníváte se, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů?

Graf č. 16 – k otázce číslo 9, myslíte si, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 17 – k otázce číslo 9, myslíte si, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



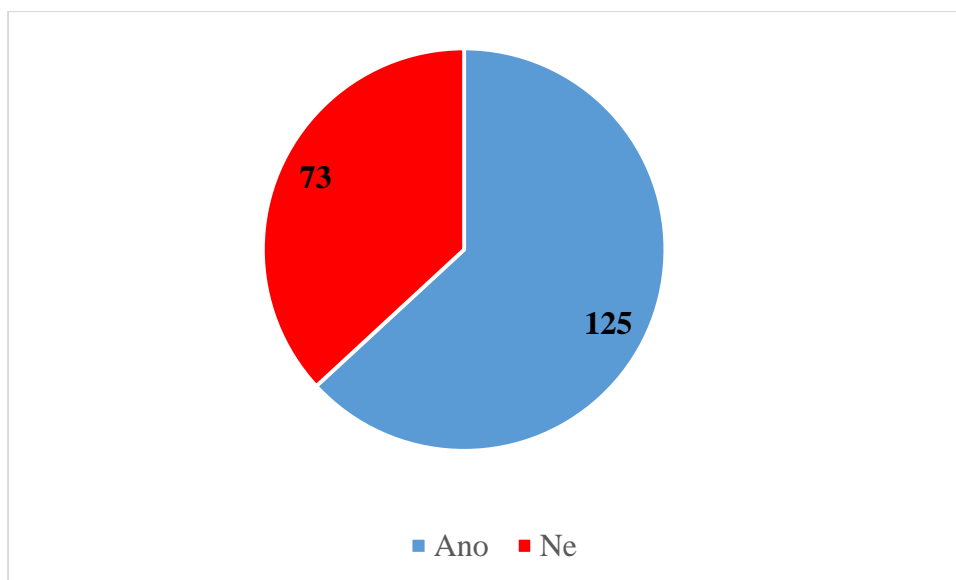
Tabulka č. 9 - k otázce číslo 9, myslíte si, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů?

	Domníváte se, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů?			
Otázka č. 9	Dohromady			
	Ano		Ne	
	186 (94%)		12 (6%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	86 (93%)	6 (7%)	100 (94%)	6 (6%)

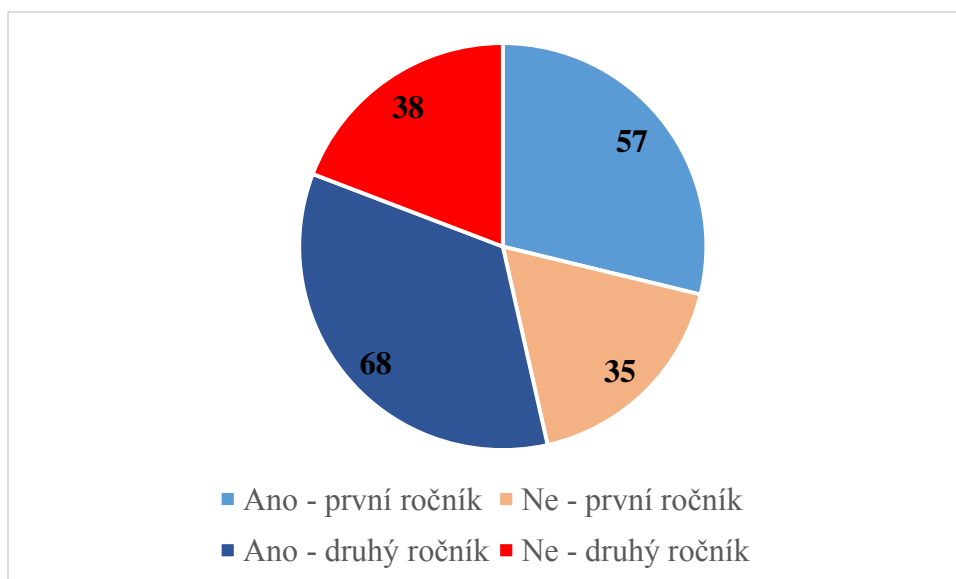
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo devět 186 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že poruchy příjmu potravy se mohou vyskytovat i u mužů. V této skupině je 86 respondentů v prvním ročníku a 100 v ročníku druhém. Zbylých 12 respondentů s výrokem nesouhlasí. 6 z nich je v ročníku prvním a 6 v ročníku druhém.

Otázka číslo 10 - Domníváte se, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany?

Graf č. 18 – k otázce číslo 10, myslíte si, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 19 – k otázce číslo 10, myslíte si, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



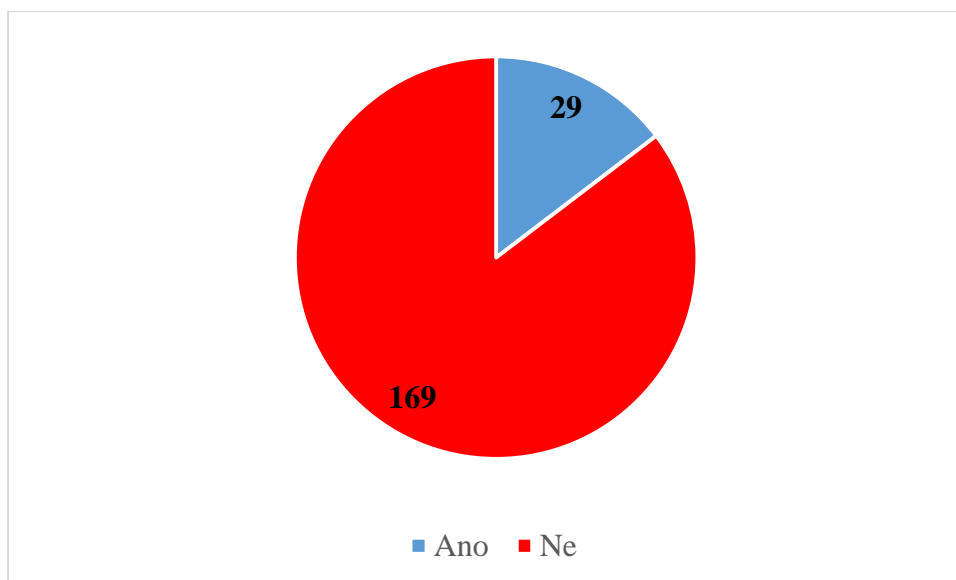
Tabulka č. 10 – k otázce číslo 10, myslíte si, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany?

	Domníváte se, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany?			
Otázka č. 10	Dohromady			
	Ano		Ne	
	125 (63%)		73 (37%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	57 (62%)	35 (38%)	68 (67%)	38 (33%)

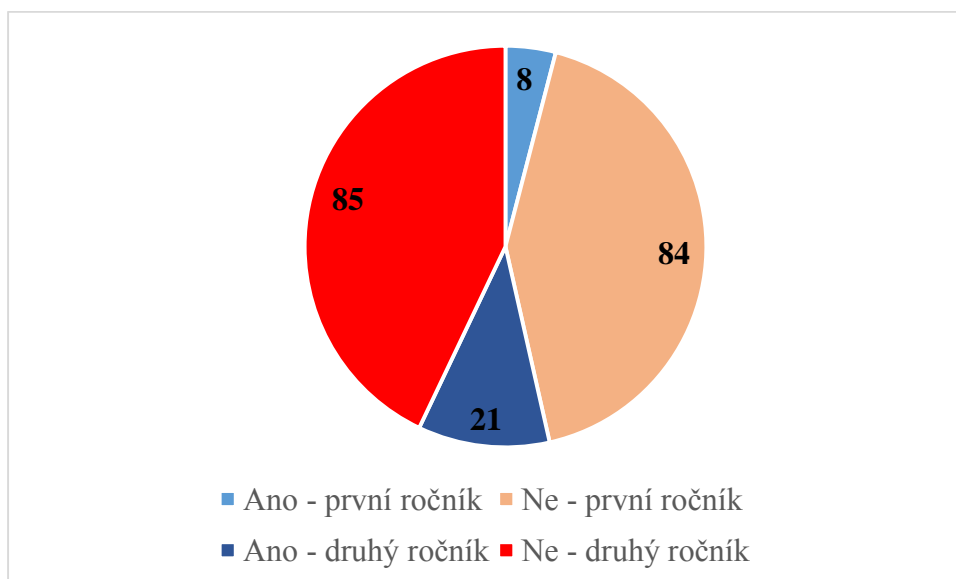
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo deset 125 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že z pohledu účastníků se kyberšikana se neliší od klasické formy šikany. V této skupině je 57 respondentů v prvním ročníku a 68 v ročníku druhém. Zbýlých 73 respondentů s výrokem nesouhlasí. 35 z nich je v ročníku prvním a 38 v ročníku druhém.

Otázka číslo 11 - Domníváte se, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek?

Graf č. 20 – k otázce číslo 11, myslíte si, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 21 – k otázce číslo 11, myslíte si, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



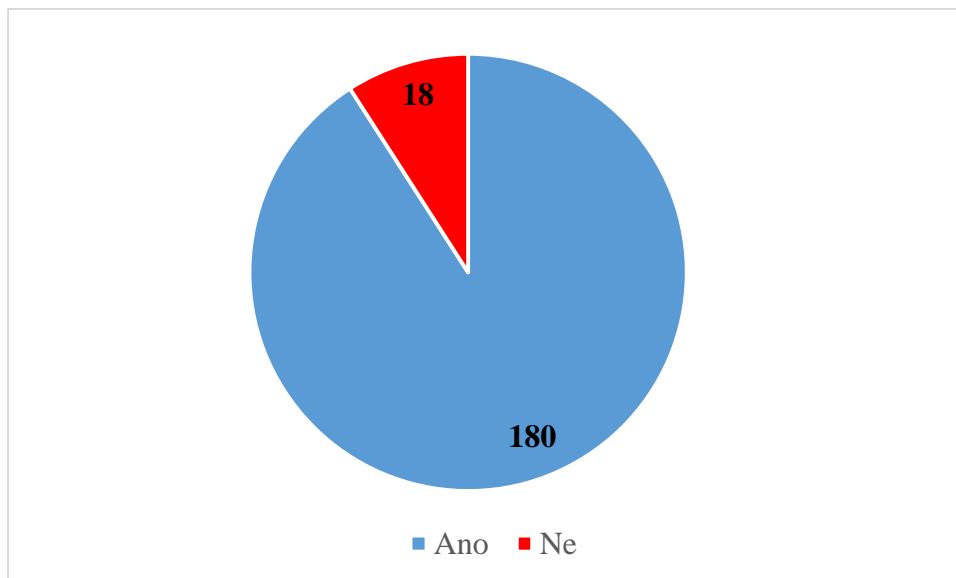
Tabulka č. 11 – k otázce číslo 11, myslíte si, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek?

	Domníváte se, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek?			
Otázka č. 11	Dohromady			
	Ano		Ne	
	29 (15%)		169 (85%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	8 (9%)	84 (91%)	21 (21%)	85 (79%)

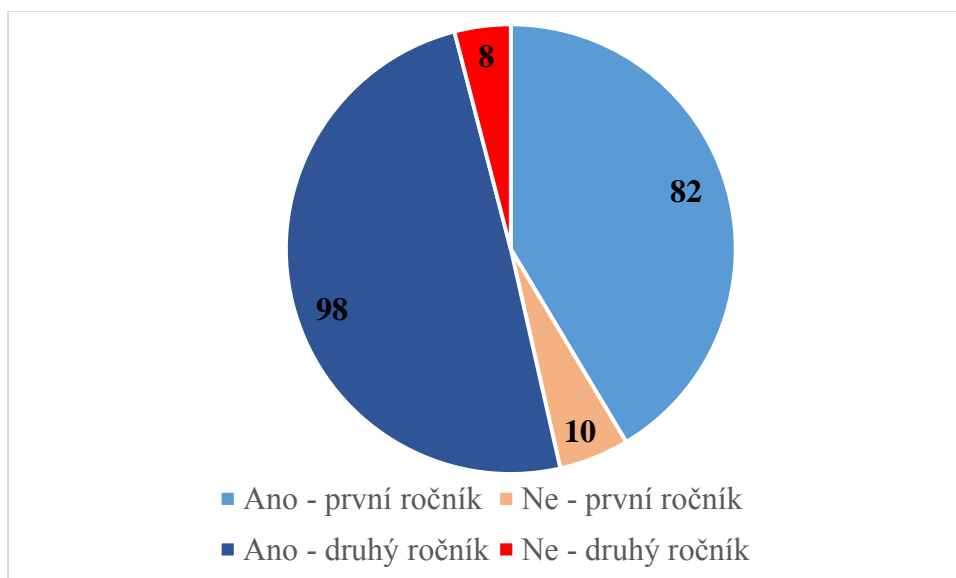
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo jedenáct 29 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek. V této skupině je 8 respondentů v prvním ročníku a 21 v ročníku druhém. Zbylých 169 respondentů s výrokem nesouhlasí. 84 z nich je v ročníku prvním a 85 v ročníku druhém.

Otázka číslo 12 - Domníváte se, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání?

Graf č. 22 – k otázce číslo 12, myslíte si, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 23 – k otázce číslo 12, myslíte si, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



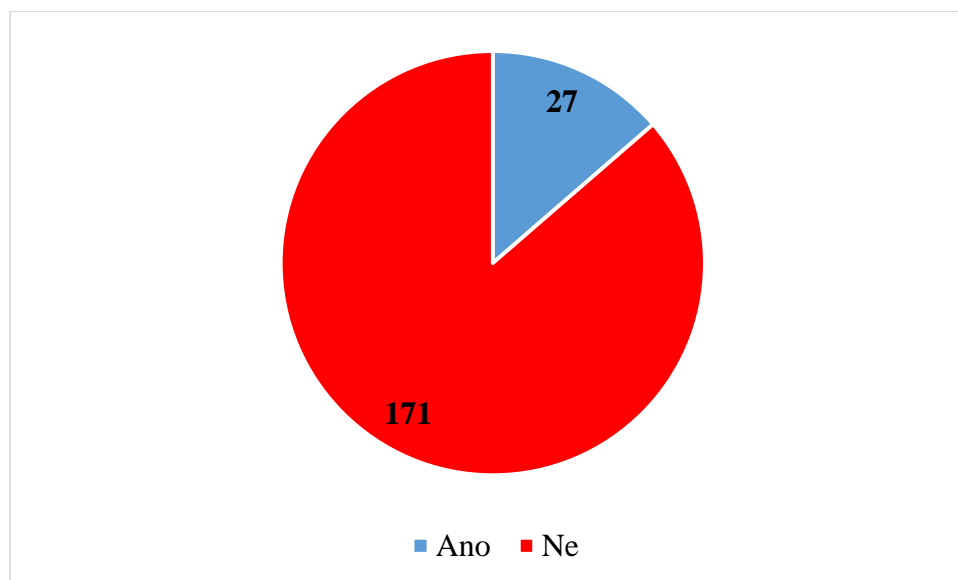
Tabulka č. 12 – k otázce číslo 12, myslíte si, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání?

	Domníváte se, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání?			
Otázka č. 12	Dohromady			
	Ano		Ne	
	180 (91%)		18 (9%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	82 (89%)	10 (11%)	98 (96%)	8 (4%)

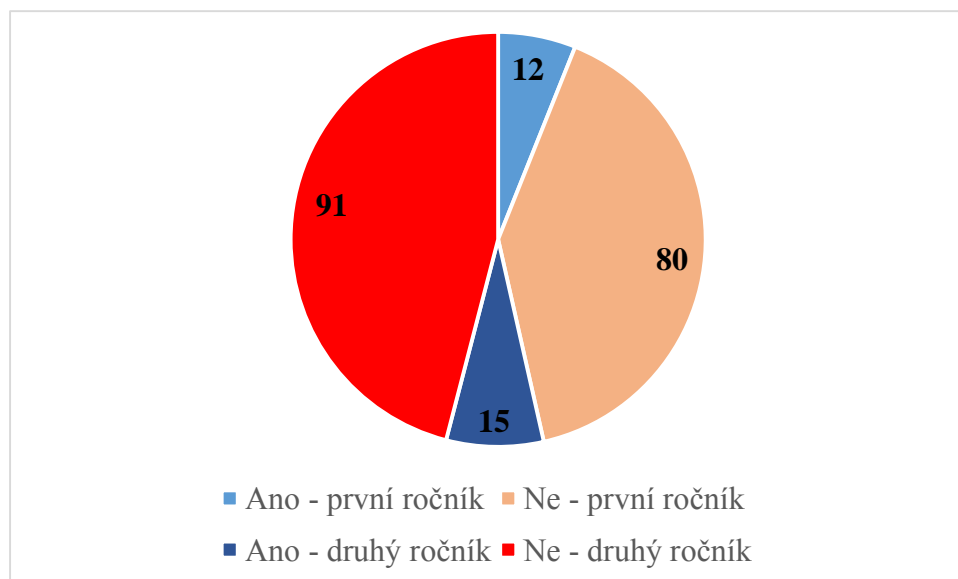
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvanáct 180 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, že se v České republice můžeme setkat s případy rituálního týrání. V této skupině je 82 respondentů v prvním ročníku a 98 v ročníku druhém. Zbýlých 18 respondentů s výrokem nesouhlasí. 10 z nich je v ročníku prvním a 8 v ročníku druhém.

Otázka číslo 13 - Domníváte se, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním?

Graf č. 24 – k otázce číslo 13, myslíte si, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 25 – k otázce číslo 13, myslíte si, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



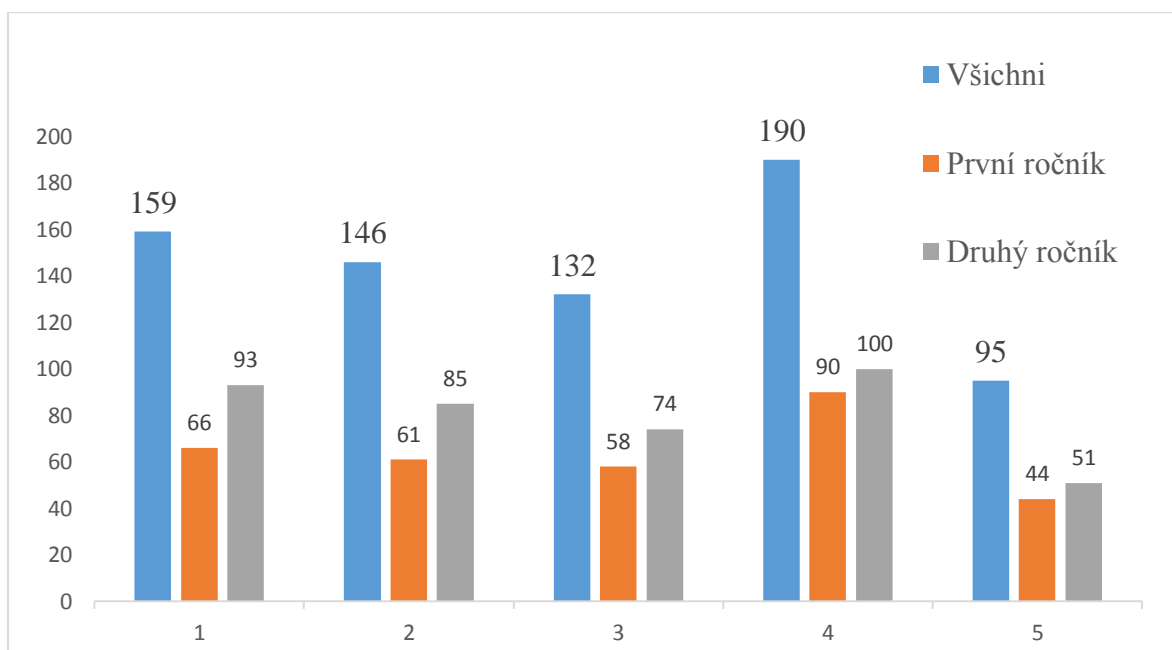
Tabulka č. 13 – k otázce číslo 13, myslíte si, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním?

	Domníváte se, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním?			
Otázka č. 13	Dohromady			
	Ano		Ne	
	27 (14%)		171 (86%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	12 (13%)	80 (87%)	15 (14%)	91 (86%)

Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo třináct 27 respondentů kladně, tedy souhlasí s výrokem, týrání dětí se dopouští nejčastěji lidé s nízkým vzděláním. V této skupině je 12 respondentů v prvním ročníku a 15 v ročníku druhém. Zbylých 171 respondentů s výrokem nesouhlasí. 80 z nich je v ročníku prvním a 91 v ročníku druhém.

Otázka číslo 14 - Vyberte projevy závislosti na nealkoholových drogách (možnost více správných odpovědí)

Graf č. 26 – k otázce číslo 14, vyberte projevy závislosti na nealkoholových drogách (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: změna váhy (1), zhoršení paměti (2), záškoláctví (3), změna v chování (4), zúžené zornice (5).



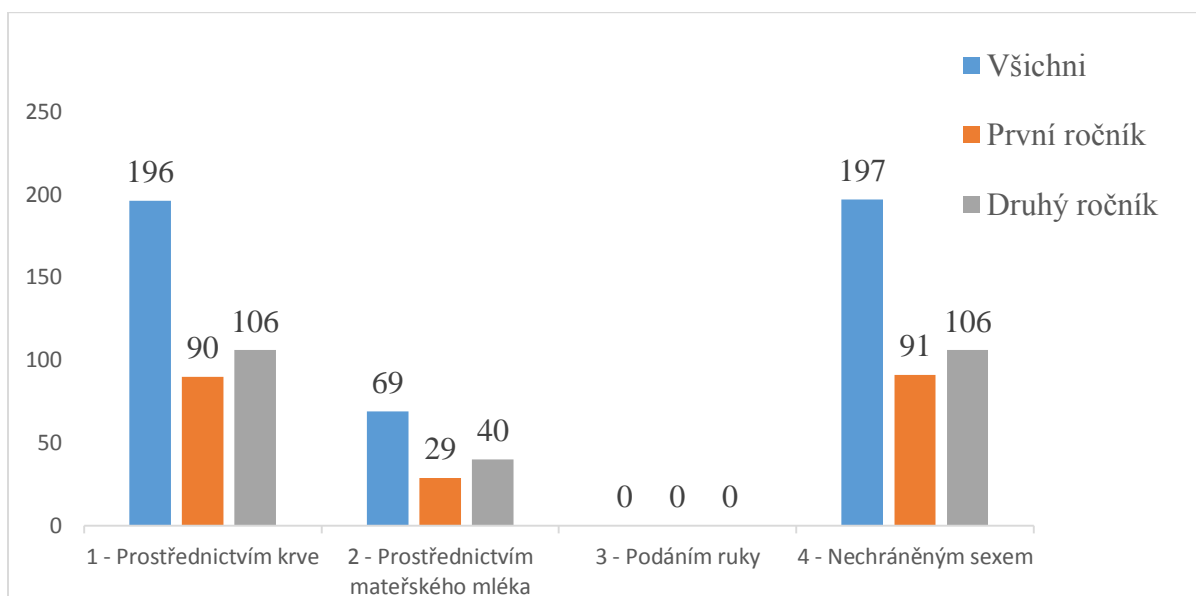
Tabulka č. 14 – k otázce číslo 14, vyberte projevy závislosti na nealkoholových drogách (možnost více správných odpovědí).

Otázka č. 14	1 - Změna váhy	2 - Zhoršená paměť	3 - Záškoláctví	4 - Změna chování	5. Zúžené zornice
Všichni	159 (80%)	146 (74%)	132 (67%)	190 (96%)	95 (48%)
První ročník	66 (72%)	61 (66%)	58 (63%)	90 (98%)	44 (48%)
Druhý ročník	93 (88%)	85 (80%)	74 (70%)	100 (94%)	51 (48%)

Tato otázka má více správných odpovědí. Ze 198 respondentů vybralo 159 z nich odpověď číslo 1, tedy změnu váhy. Z těchto lidí bylo 66 respondentů studenty prvního ročníku a 93 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, tedy zhoršenou paměť, bylo 146 respondentů, z toho 61 studentů prvního ročníku a 85 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, tedy záškoláctví, bylo 132 respondentů, z toho 58 studentů prvního ročníku a 74 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 4, tedy změnu chování, bylo 190 respondentů, z toho 90 studentů prvního ročníku a 100 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 5, tedy zúžené zornice, bylo 95 respondentů, z toho 44 studentů prvního ročníku a 51 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 15 - Jaké jsou možnosti přenosu viru HIV (možnost více správných odpovědí)

Graf č. 27 – k otázce číslo 15, jaké jsou možnosti přenosu viru HIV (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: prostřednictvím krve (1), prostřednictvím mateřského mléka (2), podáním ruky (3), nechráněným sexem (4).



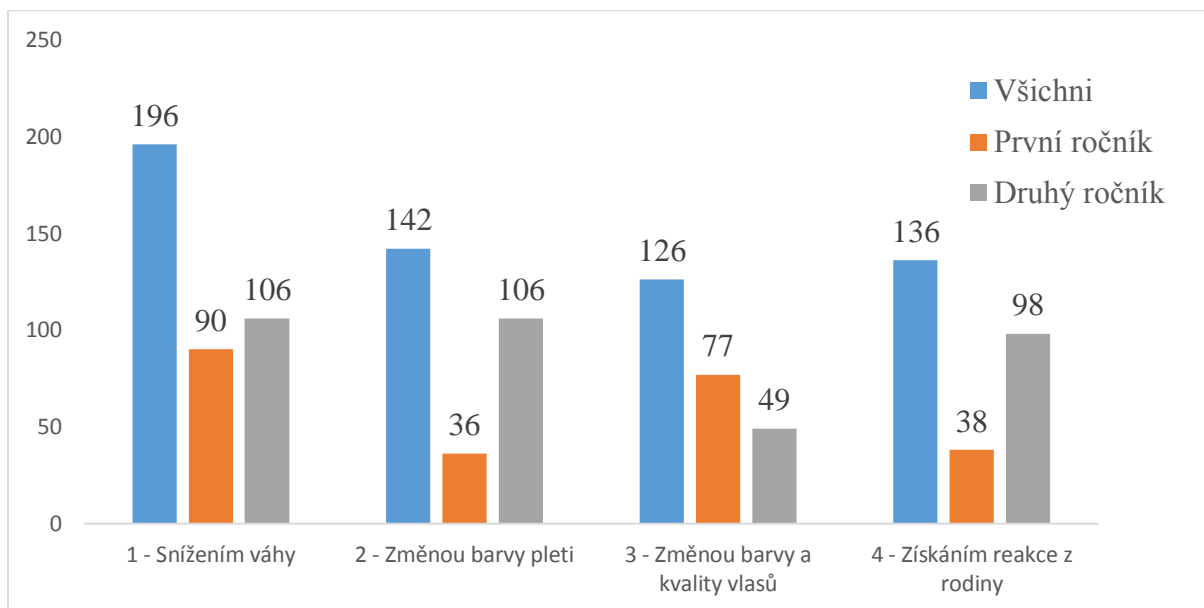
Tabulka č. 15 – k otázce číslo 15, jaké jsou možnosti přenosu viru HIV (možnost více správných odpovědí).

Otázka č. 15	1 - Prostřednictvím krve	2 - Prostřednictvím mateřského mléka	3 - Podáním ruky	4 - Nechráněným sexem
Všichni	196 (99%)	69 (35%)	0 (0%)	197 (99%)
První ročník	90 (98%)	29 (32%)	0 (0%)	91 (99%)
Druhý ročník	106 (100%)	40 (38%)	0 (0%)	106 (100%)

Tato otázka má více správných odpovědí. Ze 198 respondentů vybralo 196 z nich odpověď číslo 1, tedy prostřednictvím krve. Z těchto lidí bylo 90 respondentů studenty prvního ročníku a 106 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, prostřednictvím mateřského mléka, bylo 69 respondentů, z toho 29 studentů prvního ročníku a 40 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, tedy prostřednictvím podání ruky, bylo 0 respondentů. Pro odpověď číslo 4, tedy prostřednictvím nechráněného sexu, bylo 197 respondentů, z toho 91 studentů prvního ročníku a 106 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 16 - Jak můžeme rozpoznat poruchu příjmu potravy? (možnost více správných odpovědí)

Graf č. 28 – k otázce číslo 16, jak můžeme rozpoznat poruchu příjmu potravy (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: snížením váhy (1), změnou barvy pleti (2), změnou barvy a kvality vlasů (3), získáním reakce z rodiny (4).



Tabulka č. 15 – k otázce číslo 15, jak můžeme rozpoznat poruchu příjmu potravy (možnost více správných odpovědí).

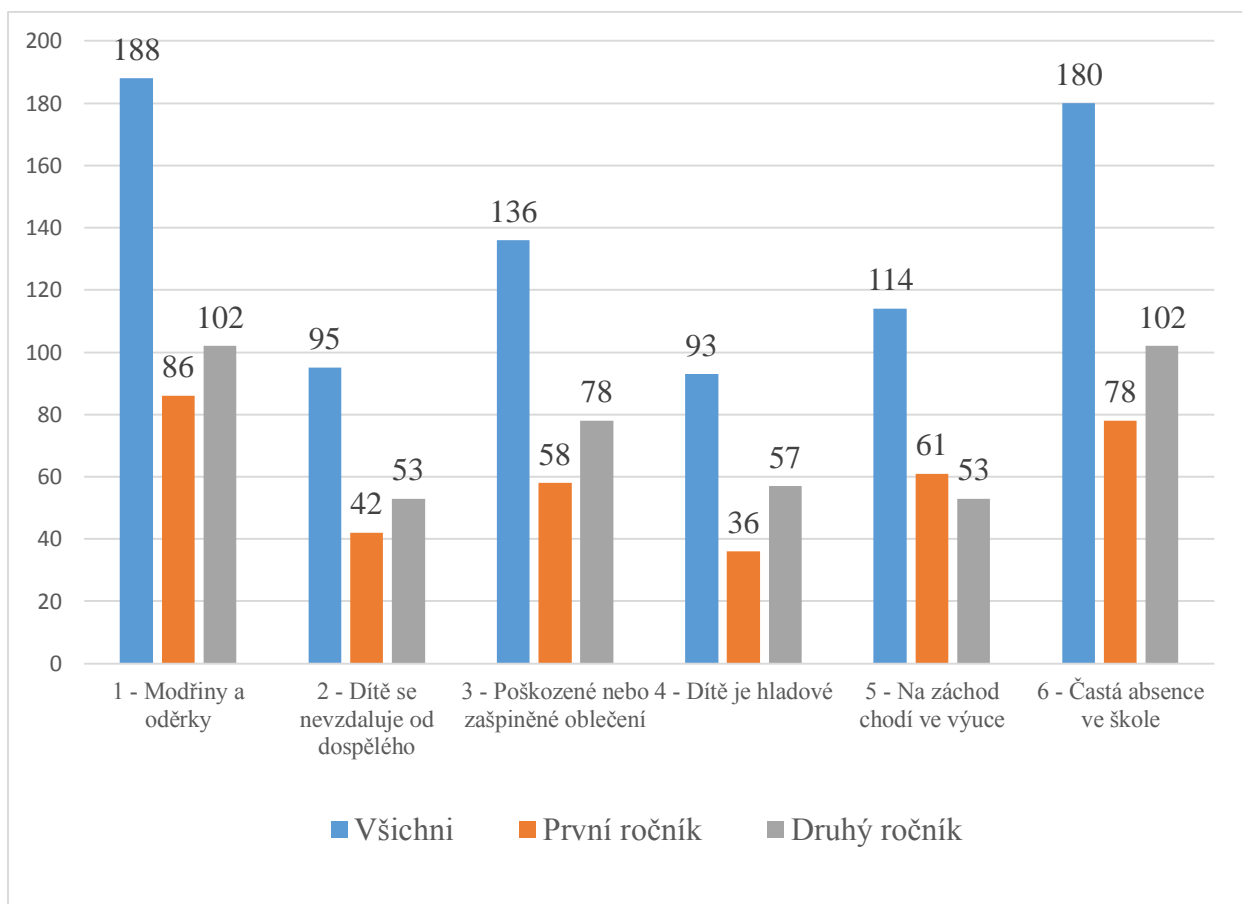
Otázka č. 16	1 - Snížením váhy	2 - Změnou barvy pleti	3 - Změnou barvy a kvality vlasů	4 - Získáním reakce z rodiny
Všichni	196 (99%)	142 (72%)	126 (64%)	136 (69%)
První ročník	90 (98%)	36 (39%)	77 (84%)	38 (41%)
Druhý ročník	106 (100%)	106 (100%)	49 (46%)	98 (92%)

Tato otázka má více správných odpovědí. Ze 198 respondentů vybralo 196 z nich odpověď číslo 1, tedy snížením váhy. Z těchto lidí bylo 90 respondentů studenty prvního ročníku a 106 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, tedy změnou barvy pleti,

bylo 142 respondentů, z toho 36 studentů prvního ročníku a 106 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, tedy změnou barvy a kvality vlasů, bylo 126 respondentů, z toho 77 studentů prvního ročníku a 49 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 4, tedy získáním reakce z rodiny, bylo 136 respondentů, z toho 38 studentů prvního ročníku a 98 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 17 - Jaké jsou možné projevy oběti šikany dítěte? (možnost více správných odpovědí)

Graf č. 29 – k otázce číslo 17, jaké jsou možné projevy oběti šikany dítěte (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: modřiny a oděrky (1), dítě se nevzdaluje od učitele (2), poškozené nebo zašpiněné oblečení (3), dítě je hladové (4), na záchod chodí jen ve výuce (5), častá absence ve škole (6).



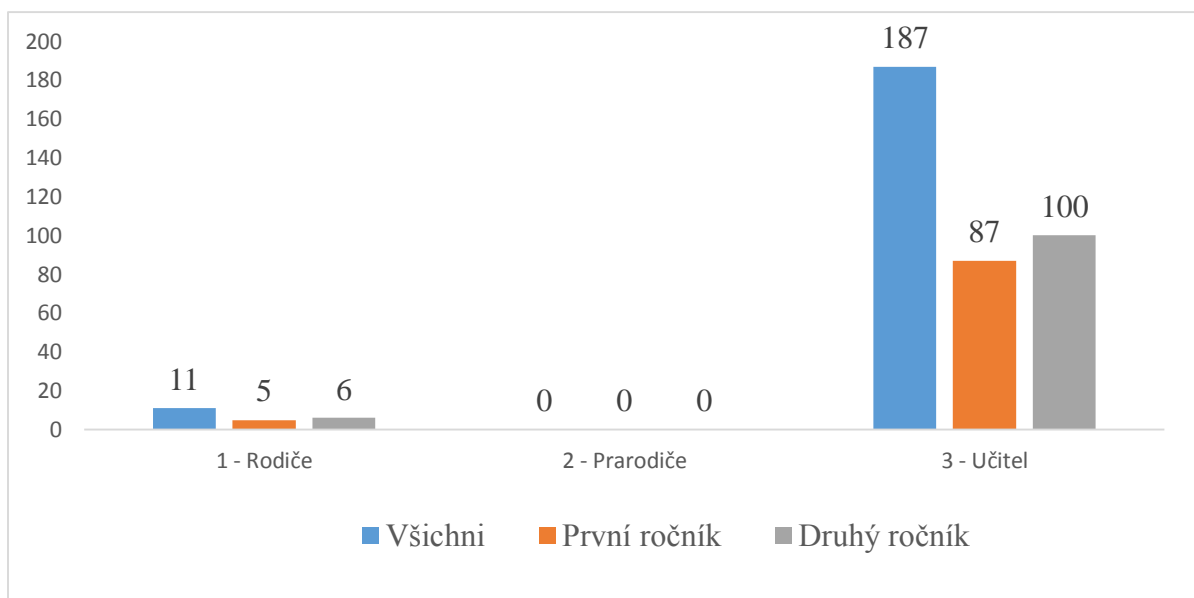
Tabulka č. 17 – k otázce číslo 17, jaké jsou možné projevy oběti šikany dítěte (možnost více správných odpovědí).

Otázka č. 17	1 - Modřiny a oděrky	2 - Dítě se nevzdaluje od dospělého	3 - Poškozené nebo zašpiněné oblečení	4 - Dítě je hladové	5 - Na záchod chodí ve výuce	6 - Častá absence ve škole
Všichni	188 (95%)	95 (48%)	136 (69%)	93 (47%)	114 (58%)	180 (91%)
První ročník	86 (93%)	42 (46%)	58 (63%)	36 (39%)	61 (66%)	78 (85%)
Druhý ročník	102 (96%)	53 (50%)	78 (74%)	57 (54%)	53 (50%)	102 (96%)

Tato otázka má více správných odpovědí. Ze 198 respondentů vybralo 188 odpověď číslo 1, tedy modřiny a oděrky. Z těchto lidí bylo 86 respondentů studenty prvního ročníku a 102 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, tedy pro fakt, že se dítě nevzdaluje od dospělého, bylo 95 respondentů, z toho 42 bylo studenty prvního ročníku a 53 bylo studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, poškozené nebo zašpiněné oblečení, bylo 136 respondentů, z toho 58 studentů prvního ročníku a 78 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 4, dítě je hladové, bylo 93 respondentů, z toho 36 studentů prvního ročníku a 57 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 5, dítě chodí na záchod ve výuce, bylo 114 respondentů, z toho 61 studentů prvního ročníku a 53 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 6, častou absenci ve škole, bylo 180 respondentů, z toho 78 studentů prvního ročníku a 102 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 18 - Kdo nejčastěji oznamuje podezření na CAN u dítěte?

Graf č. 30 – k otázce číslo 18, kdo nejčastěji oznamuje podezření na CAN (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: rodiče (1), prarodiče (2), učitel (3).



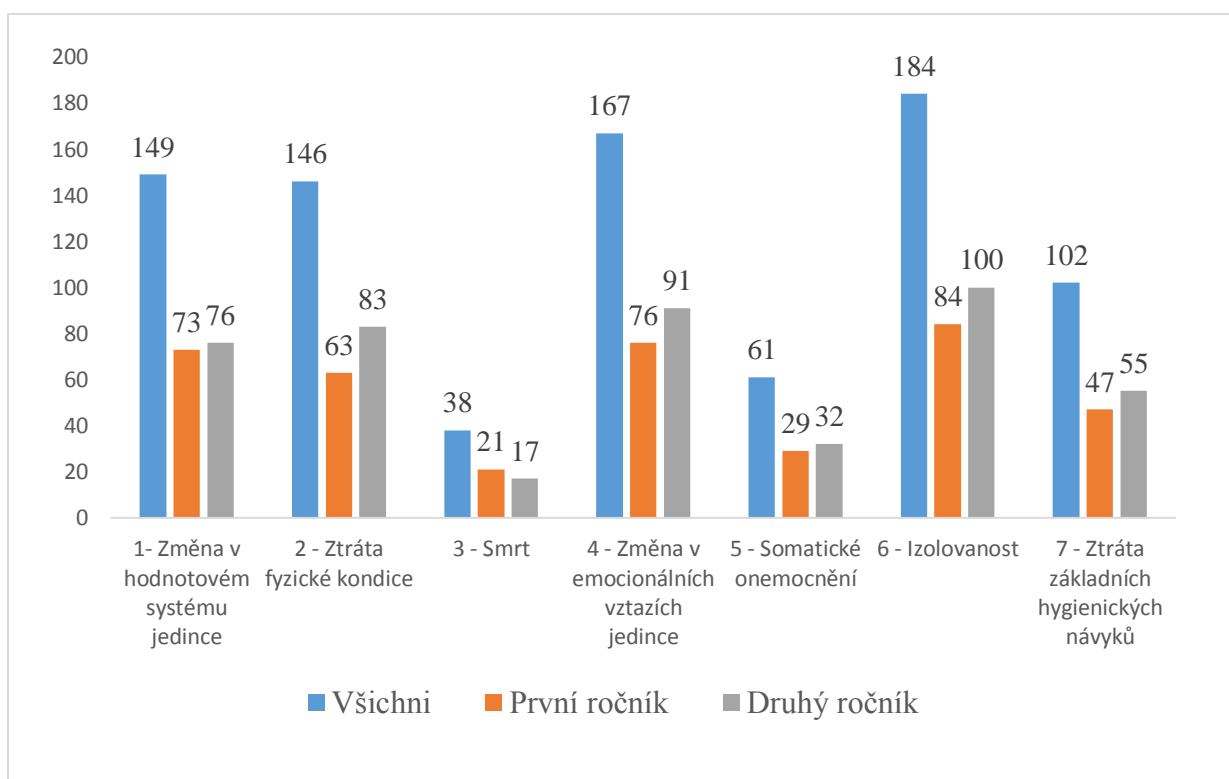
Tabulka č. 18 – k otázce číslo 18, kdo nejčastěji oznamuje podezření na CAN (možnost více správných odpovědí).

Otázka č. 18	1 - Rodiče	2 - Prarodiče	3 - Učitel
Všichni	11 (6%)	0 (0%)	187 (95%)
První ročník	5 (5%)	0 (0%)	87 (95%)
Druhý ročník	6 (6%)	0 (0%)	100 (94%)

Ze 198 respondentů vybralo 11 odpověď číslo 1, tedy rodiče. Z těchto lidí bylo 5 respondentů studenty prvního ročníku a 6 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, prarodiče, bylo 0 respondentů. Pro odpověď číslo 3, tedy učitel, bylo 187 respondentů, z toho 87 studentů prvního ročníku a 100 studentů druhého ročníku.

**Otázka číslo 19 - Jaké mohou být důsledky závislosti na virtuálních drogách?
(možnost více správných odpovědí)**

Graf č. 31 – k otázce číslo 19, jaké mohou být důsledky závislosti na virtuálních drogách (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: změna v hodnotovém systému jedince (1), ztráta fyzické kondice (2), smrt (3), změna v emocionálních vztazích jedince (4), somatické onemocnění (5), izolovanost (6), ztráta základních hygienických návyků (7)



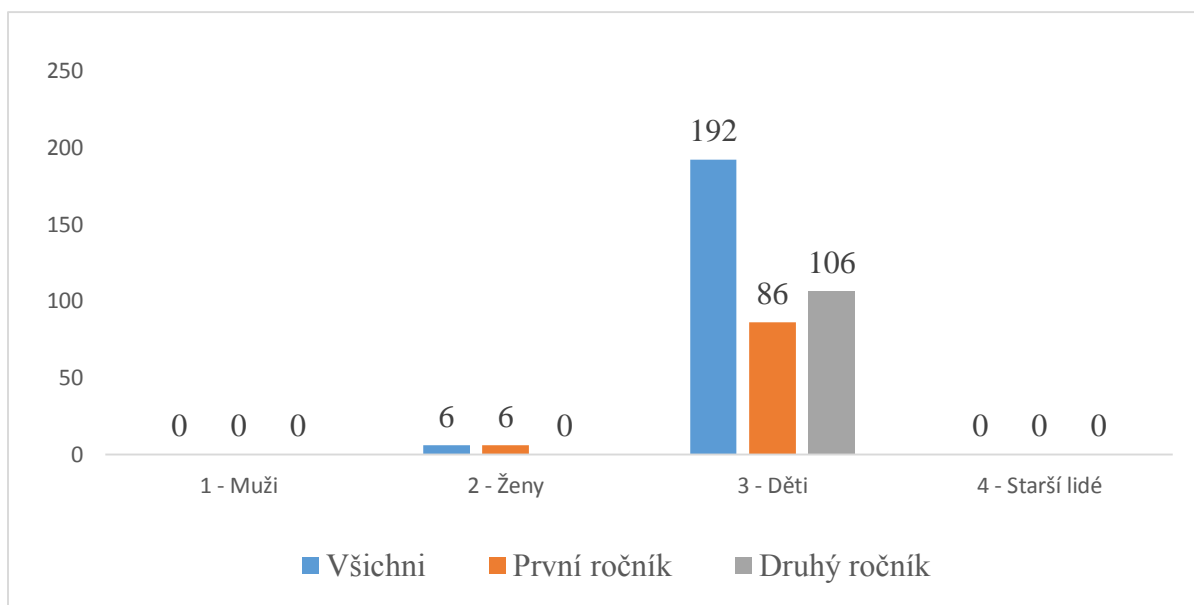
Tabulka č. 19 – k otázce číslo 19, jaké mohou být důsledky závislosti na virtuálních drogách (možnost více správných odpovědí).

Otázka č. 19	1- Změna v hodnotovém systému jedince	2 - Ztráta fyzické kondice	3 - Smrt	4 - Změna v emocionálních vztazích jedince	5 - Somatické onemocnění	6 - Izolovanost	7 - Ztráta základních hygienických návyků
Všichni	149 (75%)	146 (74%)	38 (19%)	167 (84%)	61 (31%)	184 (93%)	102 (52%)
První ročník	73 (79%)	63 (68%)	21 (23%)	76 (83%)	29 (32%)	84 (91%)	47 (51%)
Druhý ročník	76 (72%)	83 (78%)	17 (16%)	91 (86%)	32 (30%)	100 (94%)	55 (52%)

Tato otázka má více správných odpovědí. Ze 198 respondentů vybralo 149 odpověď číslo 1, tedy změnu v hodnotovém systému jedince. Z těchto lidí bylo 73 respondentů studenty prvního ročníku a 76 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, ztrátu fyzické kondice, bylo 146 respondentů, z toho 63 studentů prvního ročníku a 83 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, smrt, bylo 38 respondentů, z toho 21 studentů prvního ročníku a 17 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 4, změnu v emocionálních vztazích jedince, bylo 167 respondentů, z toho 76 studentů prvního ročníku a 91 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 5, somatické onemocnění, bylo 61 respondentů, z toho 29 studentů prvního ročníku a 32 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 6, izolovanost, bylo 184 respondentů, z toho 84 studentů prvního ročníku a 100 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 7, ztrátu základních hygienických návyků, bylo 102 respondentů, z toho 47 studentů prvního ročníku a 55 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 20 - Která skupina je nejvíce ohrožena syndromem CAN?

Graf č. 32 – k otázce číslo 20, která skupina je nejvíce ohrožena syndromem CAN. Možné odpovědi: Muži (1), ženy (2), děti (3), starší lidé (4).



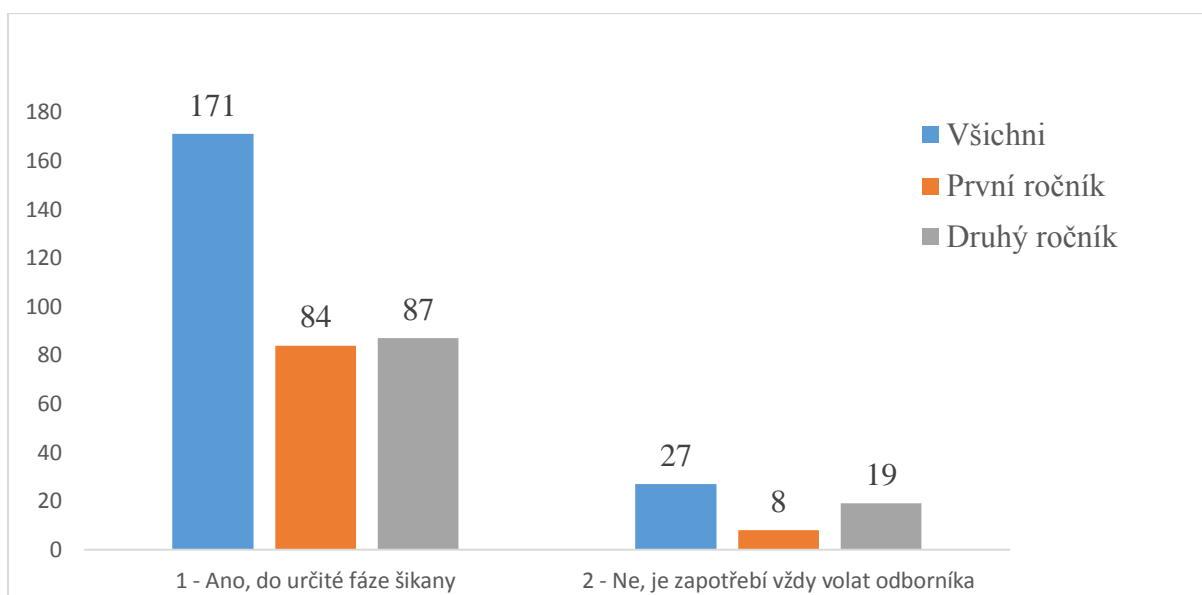
Tabulka č. 20 – k otázce číslo 20, která skupina je nejvíce ohrožena syndromem CAN.

Otázka č. 20	1 - Muži	2 - Ženy	3 - Děti	4 - Starší lidé
Všichni	0 (0%)	6 (3%)	192 (97%)	0 (0%)
První ročník	0 (0%)	6 (7%)	86 (93%)	0 (0%)
Druhý ročník	0 (0%)	0 (0%)	106 (100%)	0 (0%)

Ze 198 respondentů vybralo 0 odpověď číslo 1, tedy muži. Pro odpověď číslo 2, ženy, bylo 6 respondentů, z toho 6 studentů prvního ročníku a 0 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 3, tedy děti, bylo 192 respondentů, z toho 86 studentů prvního ročníku a 106 studentů druhého ročníku. Pro odpověď číslo 4, starší lidé, bylo 0 respondentů.

Otázka číslo 21 - Je možné, aby se učitel vypořádal se šikanou sám?

Graf č. 33 – k otázce číslo 21, je možné, aby se učitel vypořádal se šikanou sám (možnost více správných odpovědí). Možné odpovědi: Ano, do určité fáze šikany (1), ne, je zapotřebí vždy volat na pomoc odborníka (2).



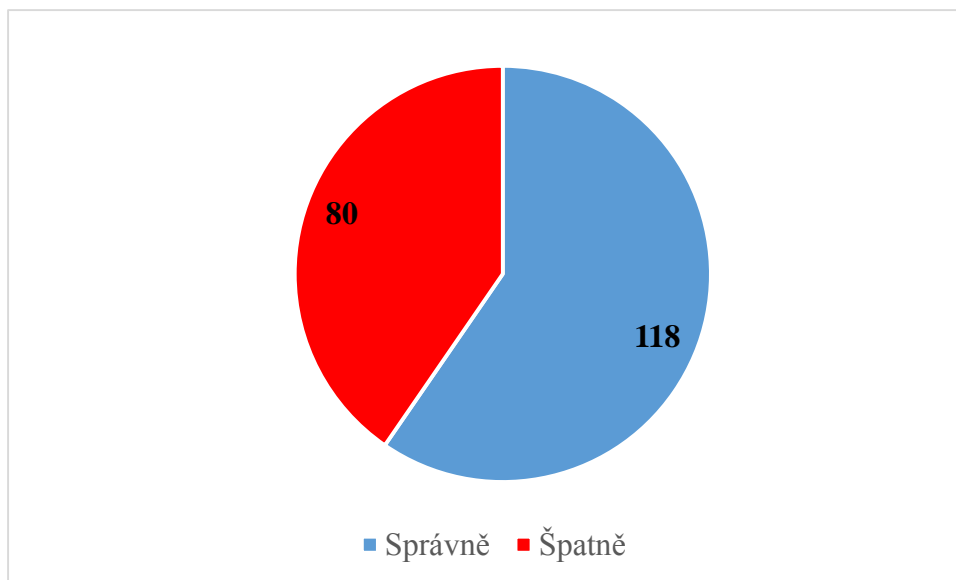
Tabulka č. 21 – je možné, aby se učitel vypořádal se šikanou sám?

Otázka č. 21	1 - Ano, do určité fáze šikany	2 - Ne, je zapotřebí vždy volat odborníka
Všichni	171 (86%)	27 (14%)
První ročník	84 (91%)	8 (9%)
Druhý ročník	87 (82%)	19 (18%)

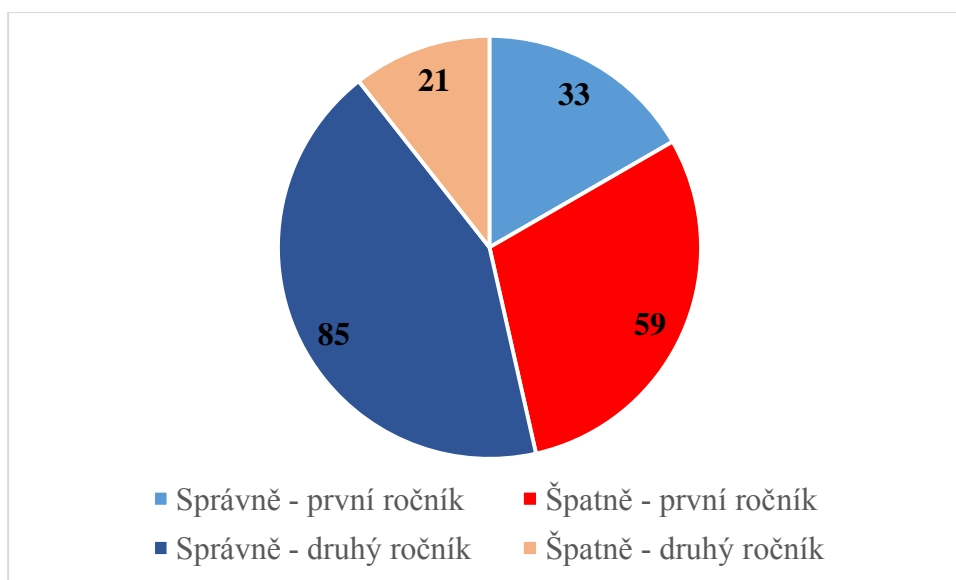
Ze 198 respondentů vybralo 171 odpověď číslo 1, ano, je to možné do určité fáze šikany. Z těchto lidí bylo 84 respondentů studenty prvního ročníku a 87 studenty druhého ročníku. Pro odpověď číslo 2, tedy že to možné není a je vždy nutno volat odborníka, bylo 27 respondentů, z toho 8 studentů prvního ročníku a 19 studentů druhého ročníku.

Otázka číslo 22 - Co je to fetální alkoholový syndrom?

Graf č. 34 – k otázce číslo 22, co je to fetální alkoholový syndrom? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 35 – k otázce číslo 22, co je to fetální alkoholový syndrom? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



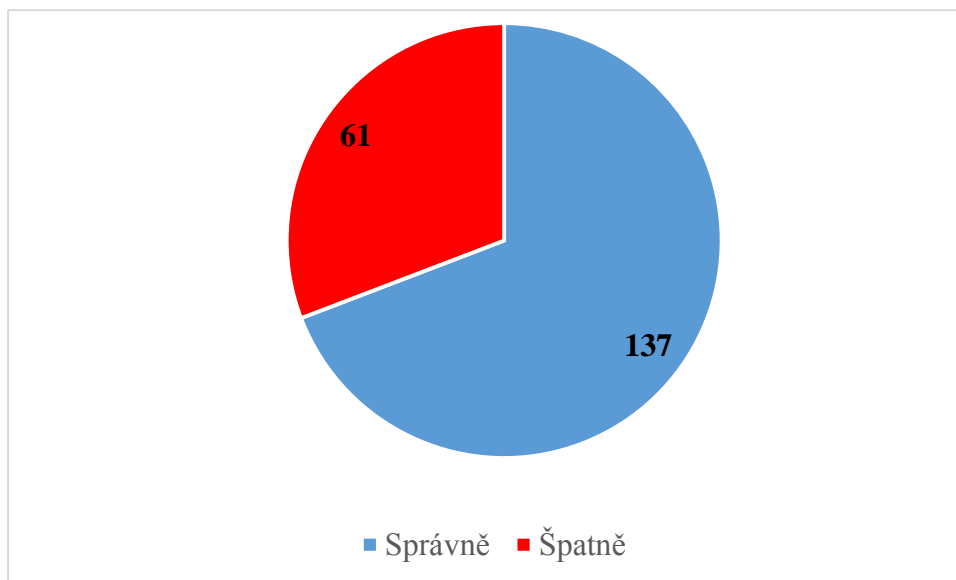
Tabulka č. 22 - co je to fetální alkoholový syndrom?

	Co je to fetální alkoholový syndrom?			
Otázka č. 22	Dohromady			
	Správně		Špatně	
	118 (60%)		80 (40%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Správně	Špatně	Správně	Špatně
	33 (36%)	59 (64%)	85 (80%)	21 (20%)

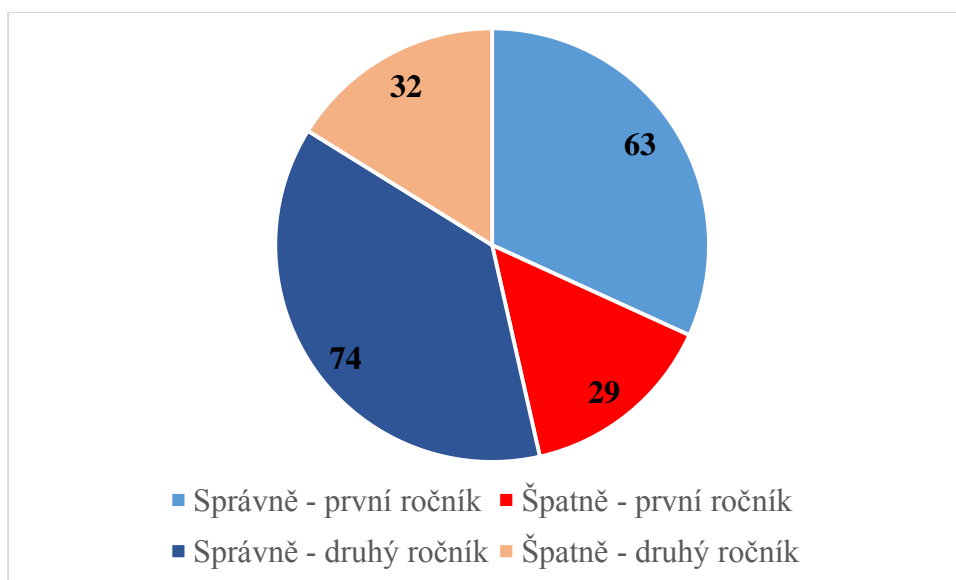
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet dva 118 respondentů správně. V této skupině je 33 respondentů v prvním ročníku a 85 v ročníku druhém. Zbylých 80 respondentů odpovědělo špatně, 59 z nich je v ročníku prvním a 21 v ročníku druhém.

Otázka číslo 23 - Definuj, co jsou to sociálně patologické jevy.

Graf č. 36 – k otázce číslo 23, definuj, co jsou to sociálně patologické jevy? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 37 – k otázce číslo 23, definuj, co jsou to sociálně patologické jevy? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



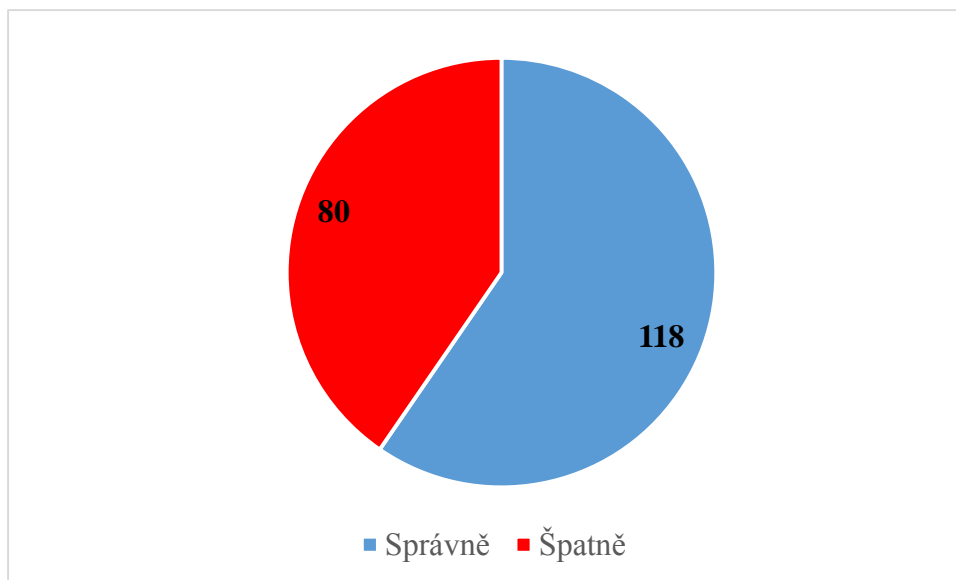
Tabulka č. 23 - k otázce číslo 23 definuj, co jsou to sociálně patologické jevy?

	Definuj, co jsou to sociálně patologické jevy			
Otázka č. 23	Dohromady			
	Správně		Špatně	
	137 (71%)		61 (29%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Správně	Špatně	Správně	Špatně
	63 (68%)	29 (32%)	74 (70%)	32 (30%)

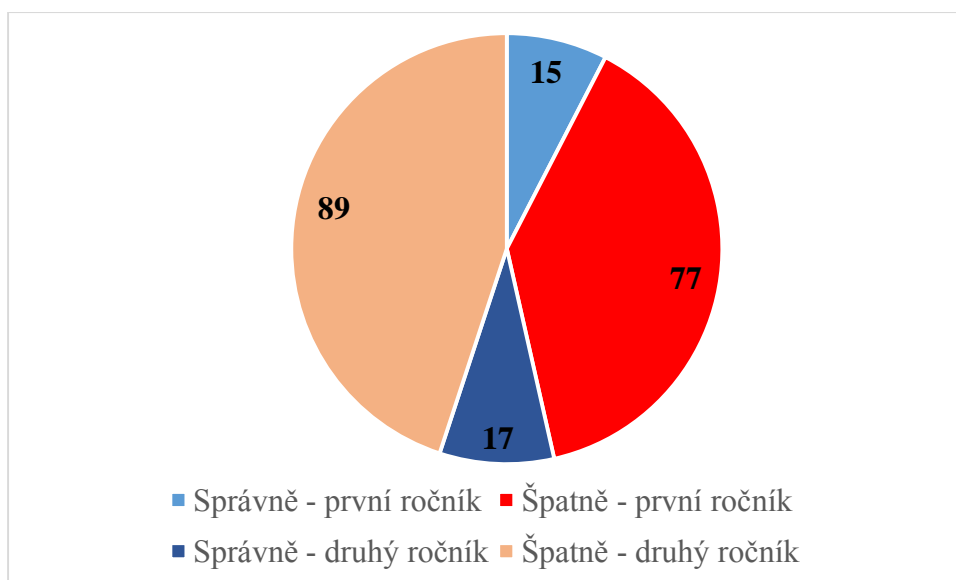
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet tři 137 respondentů správně. V této skupině je 63 respondentů v prvním ročníku a 74 v ročníku druhém. Zbylých 61 respondentů odpovědělo špatně, 29 z nich je v ročníku prvním a 32 v ročníku druhém.

Otázka číslo 24 - Definujte pojem juvenilní delikvence.

Graf č. 38 – k otázce číslo 24, definujte pojem juvenilní delikvence. Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 39 – k otázce číslo 24, definujte pojem juvenilní delikvence. Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



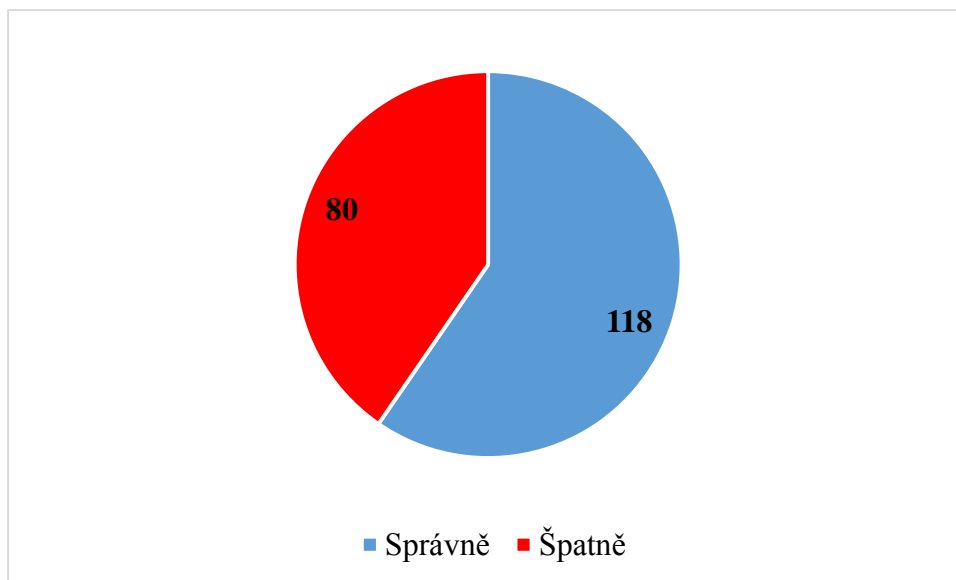
Tabulka č. 24 - k otázce číslo 24, definujte pojem juvenilní delikvence.

	Definuj pojem juvenilní delikvence			
Otázka č. 24	Dohromady			
	Správně		Špatně	
	54 (27%)		144	
	První ročník		Druhý ročník	
	Správně	Špatně	Správně	Špatně
	23 (25%)	69	31 (29%)	75

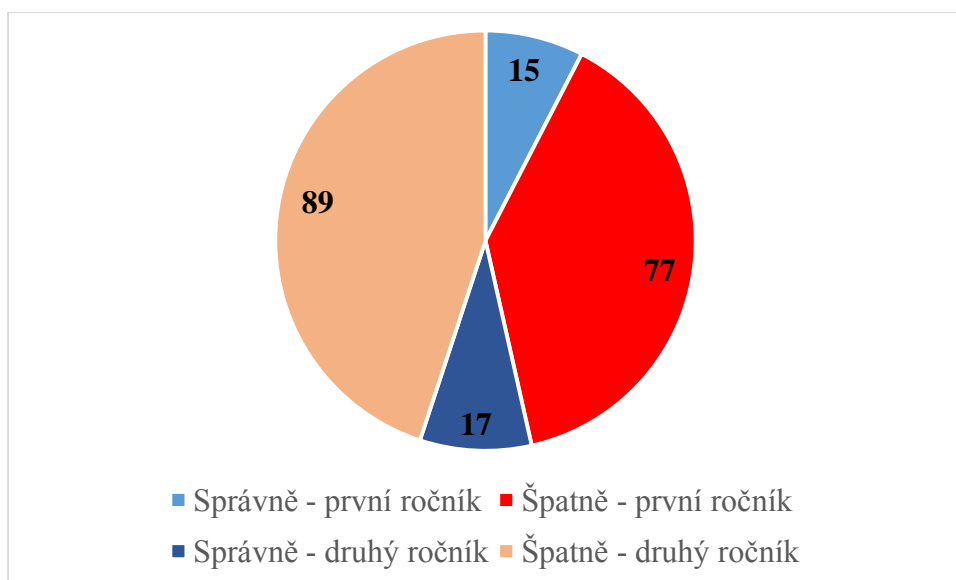
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet čtyři 54 respondentů správně. V této skupině je 23 respondentů v prvním ročníku a 31 v ročníku druhém. Zbylých 144 respondentů odpovědělo špatně, 69 z nich je v ročníku prvním a 75 v ročníku druhém.

Otázka číslo 25 - Definuj pojem Münchhausenův syndrom by proxy.

Graf č. 40 – k otázce číslo 25 – definujte pojem Münchhausenův syndrom by proxy. Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 41 – k otázce číslo 25, definujte pojem Münchhausenův syndrom by proxy. Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



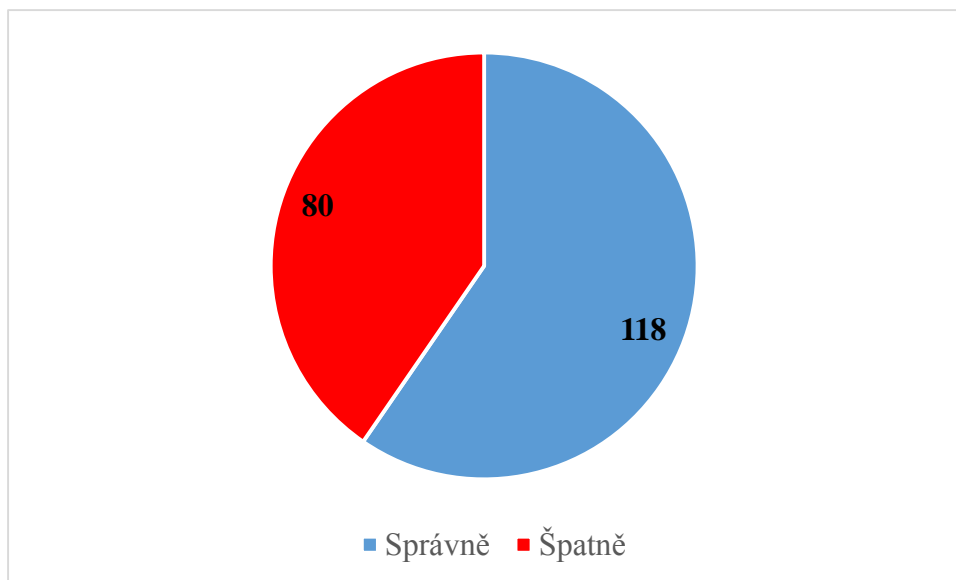
Tabulka č. 25 - k otázce číslo 25 definujte pojem Münchhausenův syndrom by proxy?

		Definuj pojem juvenilní Münchhausenův syndrom by proxy.			
Otázka č. 25	Dohromady				
	Správně		Špatně		
	48 (24%)		150 (76%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Správně	Špatně	Správně	Špatně	
	8 (9%)	84 (91%)	40 (38%)	66 (62%)	

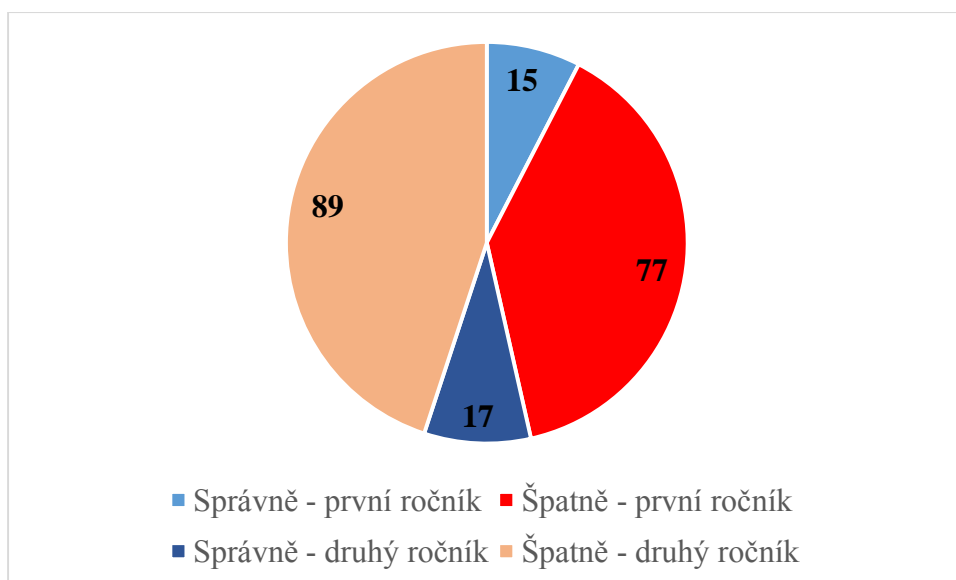
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet pět 48 respondentů správně. V této skupině je 8 respondentů v prvním ročníku a 40 v ročníku druhém. Zbylých 150 respondentů odpovědělo špatně, 84 z nich je v ročníku prvním a 66 v ročníku druhém.

Otázka číslo 26 - Kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání?

Graf č. 42 – k otázce číslo 26, kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 43 - k otázce číslo 26, kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



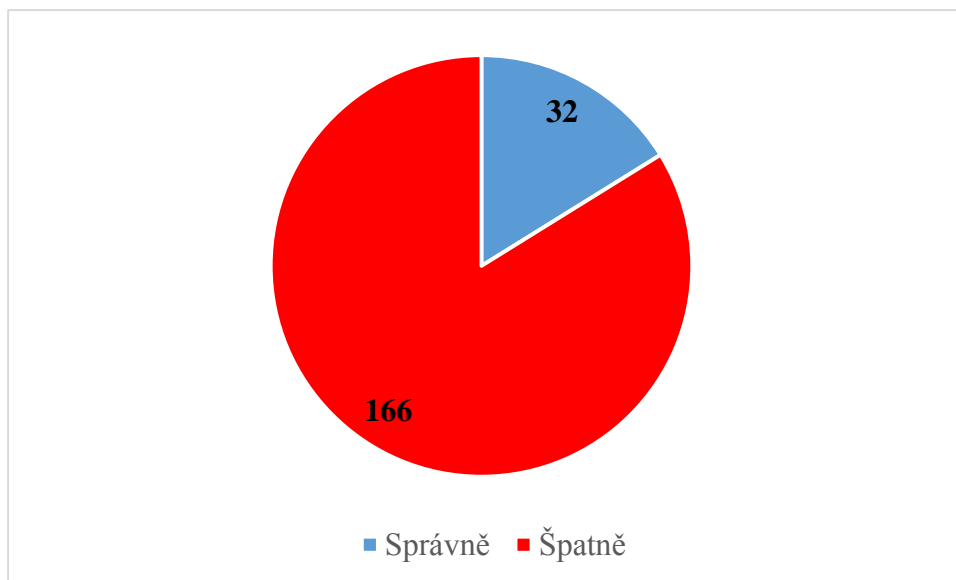
Tabulka č. 26 - k otázce číslo 26, kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání?

		Kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání?			
Otázka č. 26	Dohromady				
	Správně		Špatně		
	56 (60%)		142 (40%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Správně	Špatně	Správně	Špatně	
	14 (15%)	78 (85%)	42 (40%)	64 (60%)	

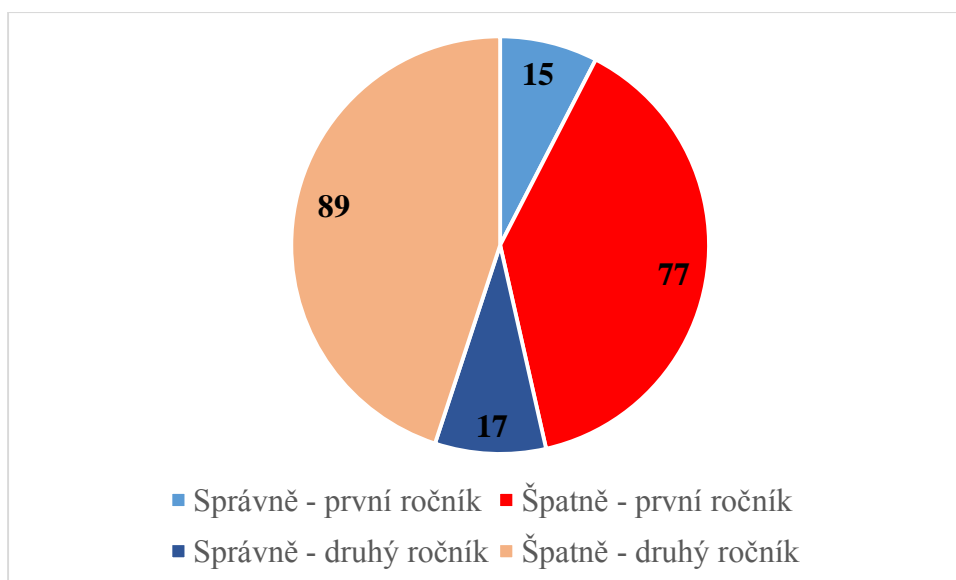
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet šest 56 respondentů správně. V této skupině je 14 respondentů v prvním ročníku a 42 v ročníku druhém. Zbylých 142 respondentů odpovědělo špatně, 78 z nich je v ročníku prvním a 64 v ročníku druhém.

Otázka číslo 27 - Definuj pojem netolismus.

Graf č. 44 – k otázce číslo 27, definujte pojem netolismus. Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 45 – k otázce číslo 27, definujte pojem netolismus. Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



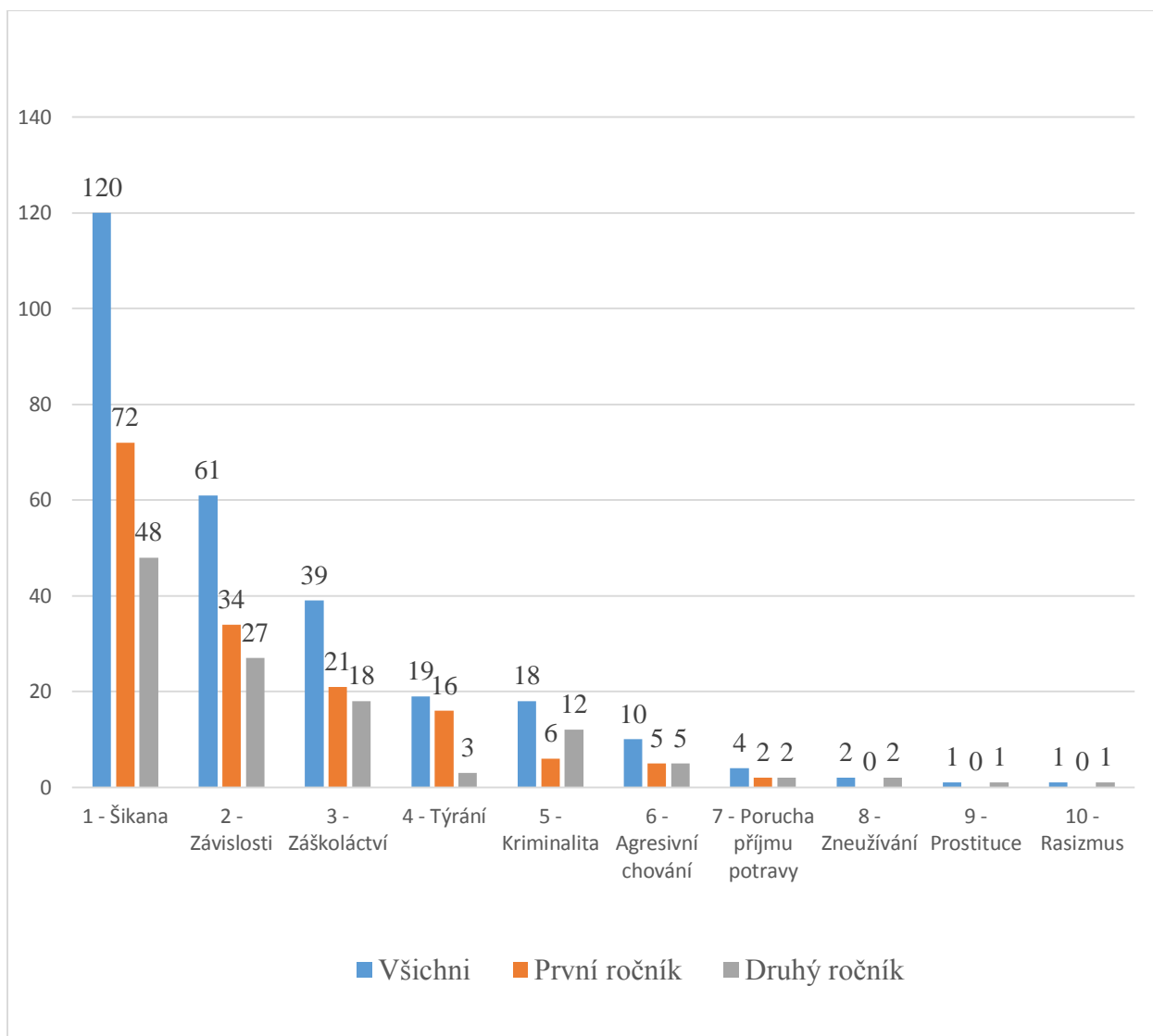
Tabulka č. 27 - k otázce číslo 27, definujte pojem netolismus.

		Definuj pojem netolismus.			
Otázka č. 27	Dohromady				
	Správně		Špatně		
	32 (16%)		166 (84%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Správně	Špatně	Správně	Špatně	
	15 (16%)	77 (84%)	17 (16%)	89 (84%)	

Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet sedm 32 respondentů správně. V této skupině je 15 respondentů v prvním ročníku a 17 v ročníku druhém. Zbylých 166 respondentů odpovědělo špatně, 77 z nich je v ročníku prvním a 89 v ročníku druhém.

Otázka číslo 28 - S jakým sociálně patologickým jevem se můžete ve své praxi setkat nejpravděpodobněji?

Graf č. 46 – k otázce číslo 28 s jakým sociálně patologickým jevem se můžete ve své praxi setkat nejpravděpodobněji?



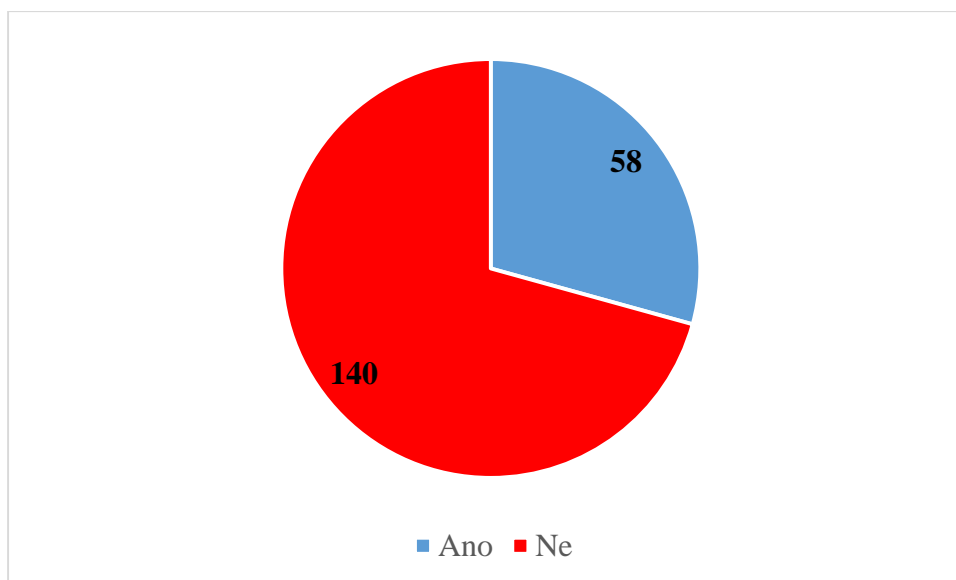
Tabulka č. 28 – k otázce číslo 28 s jakým sociálně patologickým jevem se můžete ve své praxi setkat nejpravděpodobněji?

Otázka č. 28	1 - Šikana	2 - Závislosti	3 - Záškoláctví	4 - Týrání	5 - Kriminalita
Všichni	120 (61%)	61 (31%)	39 (20%)	19 (10%)	18 (9%)
První ročník	72 (78%)	34 (40%)	21 (23%)	16 (17%)	6 (7%)
Druhý ročník	48 (45%)	27 (25%)	18 (17%)	3 (3%)	12 (11%)
	6 - Agresivní chování	7 - Porucha příjmu potravy	8 - Zneužívání	9 - Prostituce	10 - Rasismus
Všichni	10 (5%)	4 (2%)	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
První ročník	5 (5%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Druhý ročník	5 (5%)	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)	1 (1%)

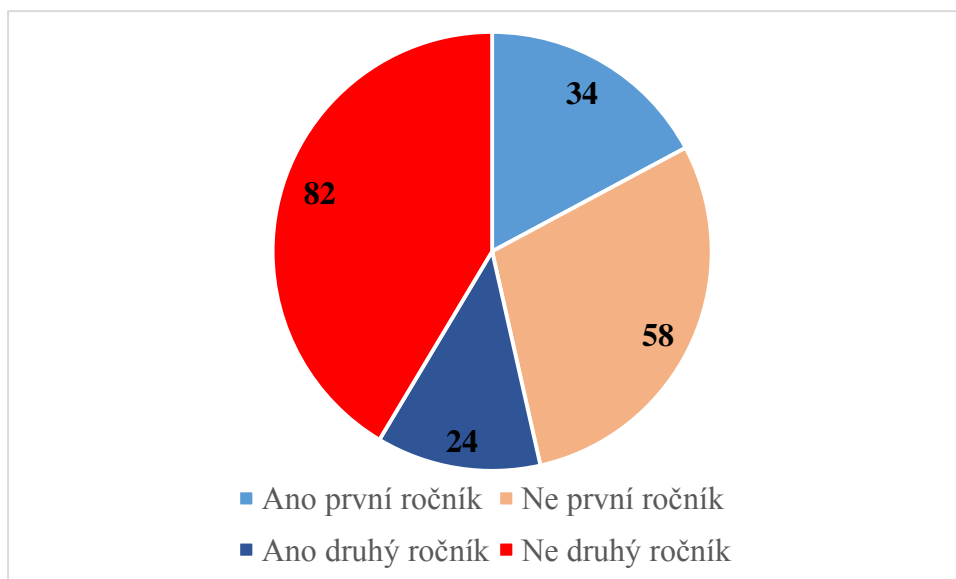
Na otázku číslo dvacet osm odpovědělo 198 respondentů následovně: 120 z nich zaznačilo v odpovědi šikanu. Z tohoto počtu bylo 72 respondentů v prvním ročníku a 48 ve druhém ročníku. 61 respondentů napsalo problematiku závislosti. Z toho 34 jich bylo z prvního ročníku a 27 z druhého ročníku. 19 respondentů napsalo problematiku týraného dítěte. Z toho 16 jich bylo z prvního ročníku a 3 z druhého ročníku. 18 respondentů napsalo kriminalitu. Z toho 6 jich bylo z prvního ročníku a 12 z druhého ročníku. 10 respondentů napsalo problematiku agresivního chování. Z toho 5 jich bylo z prvního ročníku a 5 z druhého ročníku. 4 respondenti napsali problematiku poruch příjmu potravy. Z toho 2 byli z prvního ročníku a 2 z druhého ročníku. Dva respondenti napsali problematiku zneužívání. Oba byli z druhého ročníku. Jeden respondent druhého ročníku napsal problematiku prostituce. Jeden respondent druhého ročníku napsal problematiku rasizmu. Tato otázka měla možnost volných odpovědí, zaznamenával jsem i více odpovědí od jednoho respondenta, tím pádem mohl jeden respondent uvést více sociálně patologických jevů, o kterých si myslí, že by je mohl potkat ve své budoucí praxi.

Otázka číslo 29 - Dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy?

Graf č. 47 – k otázce číslo 29 dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 47 – k otázce číslo 29 dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



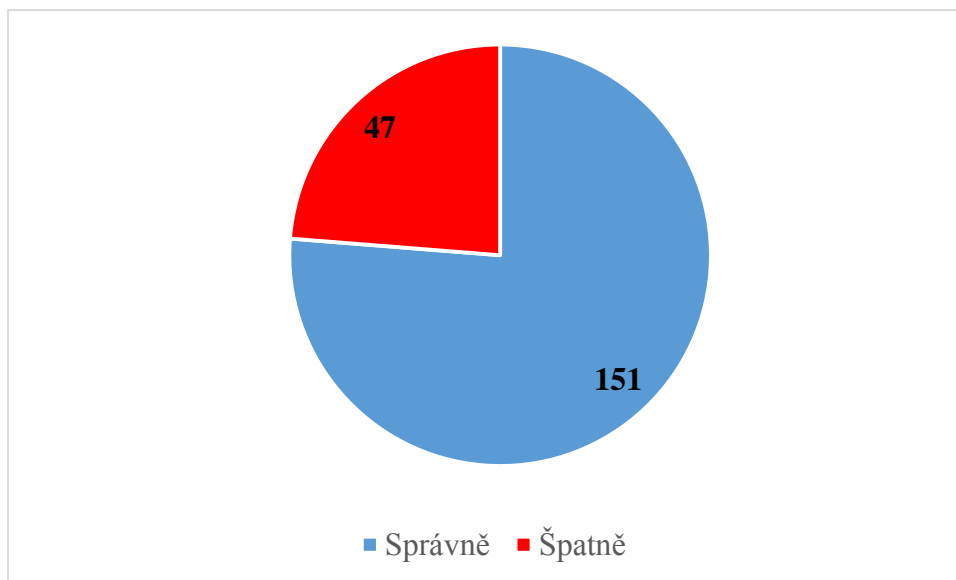
Tabulka č. 29 – k otázce číslo 29 dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy?.

	Dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy?			
Otázka č. 29	Dohromady			
	Ano		Ne	
	58 (30%)		140 (70%)	
	První ročník		Druhý ročník	
	Ano	Ne	Ano	Ne
	34 (37%)	58 (63%)	24 (23%)	82 (77%)

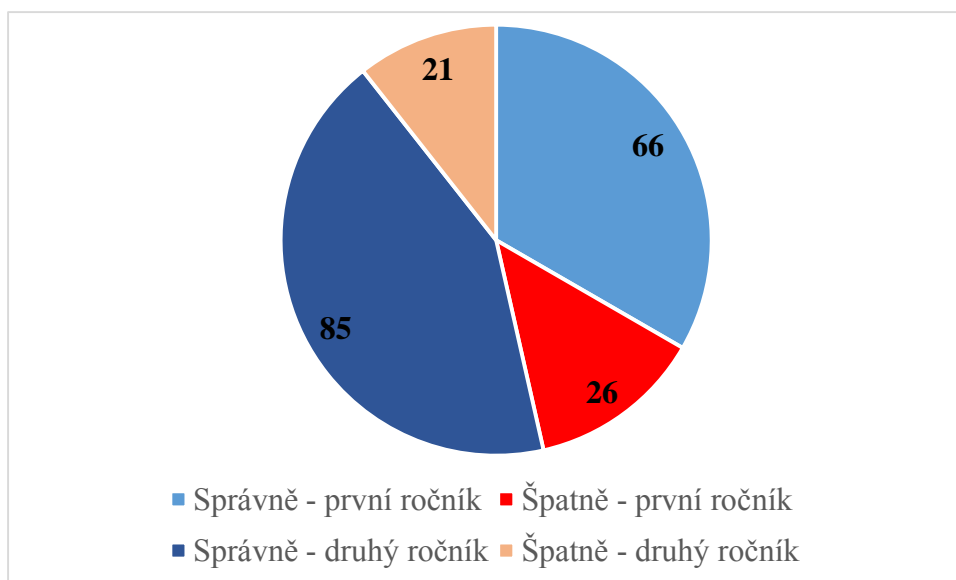
Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo dvacet devět 58 respondentů ano, škola mě připravila dostatečně. V této skupině je 34 respondentů v prvním ročníku a 24 v ročníku druhém. Dalších 140 respondentů zapsalo negativní odpověď. Z nich bylo 58 respondentů v prvním ročníku a 82 v druhém ročníku.

Otázka číslo 30 - Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS.

Graf č. 48 – k otázce číslo 30, jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS? Graf zahrnuje všechny respondenty.



Graf č. 49 – k otázce číslo 30, jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS? Graf rozděluje respondenty podle ročníku.



Tabulka č. 30 - k otázce číslo 30, jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?

		Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS?			
Otázka č. 30	Dohromady				
	Správně		Špatně		
	151 (76%)		47 (24%)		
	První ročník		Druhý ročník		
	Správně	Špatně	Správně	Špatně	
	66 (72%)	26 (28%)	85 (80%)	21 (20%)	

Z celkového počtu 198 respondentů odpovědělo na otázku číslo třicet 151 respondentů správně. V této skupině je 66 respondentů v prvním ročníku a 85 v ročníku druhém. Zbýlých 47 respondentů odpovědělo špatně, 26 z nich je v ročníku prvním a 21 v ročníku druhém.

2.4. Vyhodnocení výzkumných otázek

Při vyhodnocování výzkumných otázek budu využívat data získaná z dotazníku. Jako hranici mezi správnou a špatně zodpovězenou otázkou jsem zvolil hodnotu 70%, která bude počítána z obou ročníků. U výzkumných otázek, kde není odpověď ano / ne (tedy otázky číslo 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21) a které mají více možných správných odpovědí (otázky číslo 14, 15, 16, 17, 19) budu používat celkový průměr. Ten vypočítám zprůměrováním úspěšnosti na každé jednotlivé odpovědi.

Výzkumná otázka I: Souhlasí budoucí učitelé se zavedením zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil dotazníkovou otázku číslo 7. Hodnoty z tabulky číslo 7 pak vypovídají o tom, že 68% respondentů souhlasí s tímto zákazem. Zbýlých 32% je proti tomuto zákonu. Můžeme tedy říci, že budoucí učitelé souhlasí se zavedením zákazu nikotinových drog na veřejném prostranství.

Výzkumná otázka II: S jakým sociálně patologickým jevem se, podle studentů učitelského oboru, setkají v praxi nejčastěji.

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 28. Jak je patrné z tabulky číslo 28, nejčastějším odpovídaným jevem je šikana, kterou zaznamenalo 61% respondentů.

Výzkumná otázka III: Je podle studentů příprava, kterou jim škola k této tematice dává, dostatečná?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 29. Hodnoty z tabulky číslo 29 vypovídají o tom, že 30% respondentů si myslí, že je škola připravila dobře. Zbývajících 70% respondentů si myslí, že je škola nepřipravila na jejich budoucí praxi. Můžeme tedy říci, že příprava, kterou škola poskytuje studentům učitelských oborů, není podle samotných studentů dostatečná.

Výzkumná otázka IV: Dokáží budoucí učitelé identifikovat závislost na nealkoholových drogách?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 14, kde byly všechny možnosti správné. Hodnoty z tabulky číslo 14 vypovídají o tom, že 80% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 1, tedy změnu váhy. 74% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 2, zhoršenou paměť. 67% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 3, záškoláctví. 96% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 4, změnu v chování. 48% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 5, zúžené zornice. Celkový průměr správných odpovědí všech respondentů činí 73%. Můžeme tedy říct, že studenti učitelských oborů dokáží identifikovat příznaky nealkoholových drog.

Výzkumná otázka V: Dokáží budoucí učitelé identifikovat příznaky poruchy příjmu potravy?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 16, kde byly všechny možnosti správné. Hodnoty z tabulky číslo 16 vypovídají o tom, že 99% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 1, snížením váhy. 72% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 2, změnu barvy pleti. 64% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 3, změnu barvy a kvality vlasů. 69% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 4, zisk reakce z rodiny. Celkový průměr správných odpovědí všech respondentů činí 76%. Můžeme tedy říct, že studenti učitelských oborů dokáží identifikovat příznaky poruch příjmu potravy.

Výzkumná otázka VI: Dokáží budoucí učitelé identifikovat projevy šikany?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 17, kde byly všechny možnosti správné. Hodnoty z tabulky číslo 17 vypovídají o tom, že 95% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 1, modřiny a oděrky. 48% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 2, tedy to, že dítě se nevzdaluje od dospělého. 69% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 3, poškozené nebo zašpiněné oblečení. 47% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 4, dítě je hladové. 58% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 5, dítě chodí na záchod ve výuce. 91% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 6, častou absenci ve škole. Celkový průměr správných

odpovědí všech respondentů činí 68%. Můžeme tedy říct, že studenti učitelských oborů nedokáží identifikovat příznaky poruch příjmu potravy.

Výzkumná otázka VII: Uvědomují si budoucí učitelé rizika netolismu?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem využil otázku číslo 19, kde byly všechny možnosti správné. Hodnoty z tabulky číslo 19 vypovídají o tom, že 75% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 1, změnu v hodnotovém systému jedince. 74% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 2, ztrátu fyzické kondice. 19% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 3, smrt. 84% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 4, změnu v emocionálních vztazích jedince. 31% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 5, somatické onemocnění. 92% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 6, izolovanost. 52% respondentů zaznamenalo odpověď číslo 7, ztráta základních hygienických návyků. Celkový průměr správných odpovědí všech respondentů činí 61%. Můžeme tedy říct, že si studenti učitelských oborů neuvědomují rizika netolismu.

Výzkumná otázka VIII: Jsou studenti dostatečně teoreticky připraveni na svou budoucí profesi po stránce vypořádání se se sociálně patologickými jevy?

Pro vyhodnocení takto komplexní výzkumné otázky jsem zvolil otázky dotazníku číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21. Jak je patrné z tabulky číslo 31, procento správných odpovědí, u mnou vybraných otázek sloužící k vyhodnocení této výzkumné otázky, je 66,12%. Z mnou nastavené hranice 70% tedy vyplývá, že budoucí učitelé nemají dobrou teoretickou přípravu v oblasti sociálně patologických jevů.

Výzkumná otázka IX: Mají druhé ročníky navazujícího magisterského studia větší teoretickou znalost o problematice sociálně patologických jevů než ročníky první?

Pro vyhodnocení této výzkumné otázky jsem zvolil otázky dotazníku číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21. Jak je patrné z tabulky číslo 31 studenti prvního ročníku odpovídali s 65,41% úspěšností a studenti druhého ročníku s úspěšností 65,59%. Můžeme tedy říct, že studenti druhého ročníku jsou připraveni

v oblasti sociálně patologických jevů o něco málo lépe než studenti prvního ročníku, rozdíl mezi nimi je však minimální.

Tabulka č. 31 – výpočet průměru správných odpovědí k výzkumným otázkám VIII a IX.

	Dohromady	První ročník	Druhý ročník
Otázka č. 2	81%	79%	82%
Otázka č. 3	68%	68%	68%
Otázka č. 4	37%	39%	36%
Otázka č. 5	51%	50%	52%
Otázka č. 6	76%	75%	76%
Otázka č. 8	18%	21%	16%
Otázka č. 9	94%	93%	94%
Otázka č. 10	37%	38%	36%
Otázka č. 11	15%	9%	20%
Otázka č. 12	91%	89%	92%
Otázka č. 13	86%	87%	86%
Otázka č. 14	82%	89%	76%
Otázka č. 16	76%	65%	85%
Otázka č. 17	68%	65%	70%
Otázka č. 19	61%	61%	61%
Otázka č. 20	97%	93%	100%
Otázka č. 21	86%	91%	82%
Průměr správných odpovědí	66,12%	65,41%	66,59%

Data v tabulce číslo 31 byla vypočítána poměrem správných odpovědí, k celkovému počtu možných správných odpovědí.

2.5. Diskuze

Ve své diplomové práci jsem se rozhodl prozkoumat, jak jsou na tom studenti učitelství magisterského navazujícího studia v oblasti sociálně patologických jevů. Rozhodl jsem je tedy podrobit dotazníkovému šetření. I přes pečlivě sestavený dotazník, jsem narazil na několik obtíží při jeho vyplňování. Jedna z hlavních obtíží byla v rozsahu dotazníku. Předkládal jsem ho dospělým, vysokoškolsky vzdělaným lidem, proto obsahoval větší množství otázek, než bývá běžně zvykem. Navíc obsahoval i otevřené otázky, které měly pomoci lépe prozkoumat danou oblast znalostí. To se ukázalo jako docela velká obtíž, jelikož jsem se při vyhodnocování výsledků setkal s několika případy, kdy respondenti nevyplnili celou jednu část dotazníku, kde měli udělat něco víc, než jen křížek. Mezi další problémy bych pak ještě přidal neznalost některých pojmů jako například abúzus či virtuální droga. To však nebyl nepřekonatelný problém, vzhledem k tomu, že u vyplňování dotazníku byl vždy přítomen někdo, kdo by jim na takové otázky mohl odpovědět. To samé platilo i u některých formulací otázek, či odpovědí, které nemusely být hned zcela jasně pochopeny. I zde bylo řešení stejné, takže problém nebyl.

V rámci své první výzkumné otázky jsem řešil problematiku zákona, který je v současnosti projednáván sněmovnou ČR, a totiž zákaz nikotinových drog na veřejnosti. Respondenti sice tento zákon v mém dotazníku podpořili, nicméně zdá se mi, že velké zastoupení měli i odpůrci tohoto zákona, vzhledem k tomu, že 32% respondentů se vyslovilo proti. Nebylo mým cílem zjišťovat politické názory respondentů, ale jako budoucí učitelé, jsou i nositeli mravních hodnot, které by měli předávat dalším generacím. Mezi tyto pozitivní mravní hodnoty bych určitě nezařadil užívání nikotinových drog. Zakázat to samozřejmě nikomu nelze, ale situaci, kdy by děti měly možnost vidět své učitele kouřit před školou nebo ve městě, lze zabránit právě tímto zákonem. Je zajímavé, jak se číslo odmítajících tento zákon blíží procentuálnímu zastoupení lidí, kteří jsou na nikotinových drogách závislí. Podle výzkumu Státního zdravotnického ústavu zveřejněném roku 2013 je 31,3% obyvatel kuřáků. (<http://www.szu.cz/>)

Podle mého očekávání dopadla otázka, kde jsem se ptal respondentů, se kterým sociálně patologickým jevem se ve školách setkají nejčastěji, kdy 60% respondentů odpovědělo s šikanou. Jedná se o mimořádné nebezpečný jev, který zde byl, je a i pravděpodobněji bude. Pozitivně však vidím rostoucí snahu s jeho vypořádáním a

celospolečenskou diskuzi na toto téma. Podle výsledků jsou druhým nejčastějším odpovídaným jevem závislosti. Do této skupiny jsem zařadil i užívání alkoholu, nikotinových drog a nealkoholových drog. Tuto odpověď zvolilo 31% respondentů. O oprávněnosti jejich obav se může přesvědčit každý, kdo se přijde podívat před prostory základních či středních škol, a to buď před začátkem výuky, nebo po jejím skončení. Mezi další odpovídané jevy patří záškoláctví, týrání, kriminalita a agresivní chování. Ostatní odpovědi pak již nepřesáhly hranici 5%. Ale myslím si, že všechny odpovídané jevy byly uvedeny oprávněně a jejich výskyt ve školství je více než možný.

Více než polovina respondentů si myslí, že je škola připravena na budoucí práci nedostatečně. Já jsem nucen s nimi souhlasit. I když každý v navazujícím magisterském studiu absolvoval, nebo absolvuje, povinnou praxi ve školách, není to dle mého názoru dostatečné. Ve škole samotné se podle mě hodně soustředí na didaktiku a teoretickou přípravu. Praktické ukázky, či nácviky chybějí. A samotná praxe na tuto problematiku z daleka nestačí. Praxe samotná je navíc ještě „zatížena“ množstvím papírování a tvorbou portfolií, kdy každá katedra má rozdílné požadavky. To odvádí pozornost studentů k něčemu, co je dle mého názoru vedlejší. Samozřejmě nejvíce se člověk naučí samotnou praxí, ale učitelské povolání je podle mě i hodně o sebedůvěře. A proto si myslím, že začínající učitel, který jde poprvé pracovat do školy a nebude si věřit, že to zvládne, představuje problém. V lepším případě se s toho rychle vzpamatuje a nezpůsobí si tím závažné problémy, v horším by mohl navázat špatné vztahy se žáky, které pak už půjdou jen těžko napravit.

U identifikace sociálně patologických jevů respondenti obstáli. Je to samozřejmě něco jiného přečíst si příznaky na papíře a vidět někoho takto postiženého ve skutečnosti. Myslím si však, že je velice důležité si tyto možnosti uvědomovat. Bez nich bychom si v budoucí práci nemuseli všimnout maličností, které mohou skrývat velký problém. Toto se nejvíce může projevit u problematiky šikany, která je mnohdy obtížně identifikovatelná (alespoň v prvních fázích) a proto náznaky, jako je chození na záchod v hodině, či fakt, že se dítě nevzdaluje od učitele atp., mohou být právě těmito maličkostmi, díky kterým zamezíme možným budoucím problémům. Hodně překvapující byly výsledky otázek týkajících se netolismu, nebo obecně problémům, ve kterých jsou zapojeny moderní technologie. Respondenti špatně odpovídali na otázku týkající se kyberšikany, která se právě z pohledu účastníků dosti zásadně odlišuje od klasické formy šikany. V případě netolismu mne zarazilo, jak málo lidí vybralo

možnost smrti. V našich podmínkách se s tím nesetkáváme, ale takové případy ve světě existují a jsou poměrně medializované.

Pro vyhodnocení pro mne hlavní a nejdůležitější výzkumné otázky, týkající se připravenosti budoucích učitelů na své budoucí povolání z hlediska sociálně patologických jevů, jsem se pokoušel zvolit takové otázky, které mají největší vypovídající hodnotu. Přesto však respondenti jen těsně nedosáhli na mnou požadovanou hranici 70% úspěšnosti. Jelikož jsem výsledky průměroval s reakcemi na větší množství otázek, jsou zde otázky, které tento celkový průměr snižují. Zejména se jedná o otázky číslo 8 a 11.

Ve srovnání prvního a druhého ročníku, jsem předpokládal větší znalosti u studentů druhého ročníku. Tento předpoklad se sice potvrdil, nicméně v rámci konečného výsledku je tento rozdíl zanedbatelný. Očekával jsem rozdíl větší. Důvody pro tento výsledek mohou být různé. U prvních ročníků jde o čerstvější informace, které ještě nestihli pozapomenout, pro druhé ročníky jde o informace, se kterými se setkali již před nějakou dobou. Nebo může jít i o případ toho, že se studenti tyto informace naučili jen na zkoušku a hned po té je zapomněli.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabýval problematikou sociálně patologických jevů, a to z hlediska budoucích učitelů, mezi které se řadím i já. Součástí práce je dotazníkové šetření, které jsem provedl na UP v Olomouci, na fakultě pedagogické. Tohoto šetření se zúčastnilo 198 respondentů z prvního a druhého ročníku navazujícího magisterského studia. V rámci tohoto dotazníku jsem zkoumal teoretickou přípravu budoucích učitelů v oblasti sociálně patologických jevů. Výsledek mého šetření ukázal, že teoretická příprava není na takové úrovni, jakou by měla mít, ale není ani úplně špatná. Dle mého názoru je zde určitý prostor pro zlepšení výuky a koncepce praxí, které budoucí učitelé absolvují v rámci studia. Tento můj názor ostatně sdílí i většina mých spolužáků, kteří se obdobně vyjádřili v dotazníku, kde odpověděli, že si nemyslí, že je škola dostatečně připravila na budoucí práci učitele. Dotazník dále ukázal na několik jevů, se kterými měli respondenti problémy. Mezi takové jevy bych zařadil ty novější, tedy netolismus, případně kyberšikana.

Pokud bych zde mohl vyjádřit svůj názor, ve škole chybí předměty, které by se zaměřovaly na praktickou část výuky, třeba i formou nácviku před spolužáky. Situace, se kterými se pak můžou budoucí učitelé setkat v praxi, by se mohly „hrát“ za pomoci ostatních. Myslím, že zažití takových situací a propojení teoretických a praktických znalostí, by vedlo ke zvýšení kvalifikace studentů a v případě, že by se s podobnou situací setkali i v práci ve škole, věděli by mnohem lépe, jak ji zvládnout. Velice kladně pak hodnotím nový projekt univerzity, která letos zavedla projekt zvyšování kompetencí v rámci přípravy pedagogických pracovníků UP. Jedná se o semináře, které jsou vedeny odborníky na různá témata a které jsou pro studenty pedagogických oborů zcela zdarma, kde na závěr účastník dostane certifikát projektu.

Problematika sociálně patologických jevů je mimořádně složitá a komplikovaná a tím spíš, když je spojena s přípravou pedagogických pracovníků. Nemohu tedy v rámci jednoho výzkumu a jedné práce dělat definitivní závěry. Bylo by zapotřebí se této problematice věnovat pozorněji. Také si zpětně myslím, že dotazníková forma výzkumu není zcela ideální. Pro lepší výsledky výzkumu by bylo třeba zjišťovat nejen vědomostní složku ale i tu praktickou. A tu dotazníkem zjistit nelze. Minimálně však doufám v to, že by tato práce mohla vyvolat diskuzi k tomuto tématu.

Seznam zkratek

Str. - strana

CAN – syndrom týraného a zneužívaného dítěte

MMORPG – volně hromadná online hra na hrdiny

Tzv. – takzvaný

Atp. – a tak podobně

Atd. – a tak dále

ICT – informační a komunikační technologie

Aj. – a jiné

Et al – a kolektiv

UP – Univerzita Palackého

Seznam použité literatury a zdrojů

1. ATKINSON, Rita L. et al. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Praha: Portál, 2003. xxiii, 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
2. BECHYŇOVÁ, Věra a kol. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Vyd. 1. Praha: IREAS, 2007. 229 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
3. BRADSHAW, Catherine P., Tracy E. WAASDORP, Lindsey M. O'BRENNAN a Michaela GULEMETOVA. Teachers' and Education Support Professionals' Perspectives on Bullying and Prevention: Findings From a National Education Association Study. *School Psychology Review* [online]. 2013, vol. 42, issue 3, s. 280-297 [cit. 2015-03-09].
4. DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 245 s., [8] s. barev. il. ISBN 80-7169-192-5.
5. EMMEROVÁ, I.: In: HRONCOVÁ, J. – KRAUS, B. a i.: Sociální patologie pre sociálnych pracovníkov a pedagógov. Banská Bystrica : Univerzita Mateja Bela, 2006. ISBN 80-8083-223-4.
6. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 218 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2781-3.
7. GIDDENS, Anthony a SUTTON, Philip W., ed. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2013. 1049 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
8. CHANG, FONG-CHING, CHING-MEI LEE, CHIUNG-HUI CHIU, WEN-YUN HSI, TZU-FU HUANG a YUN-CHIEH PAN. Relationships Among Cyberbullying, School Bullying, and Mental Health in Taiwanese Adolescents. *Journal of School Health* [online]. 2013, vol. 83, issue 6, s. 454-462 [cit. 2015-03-09].
9. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. KAVALÍR, Aleš, ed. *Kyberšikana a její prevence: příručka pro učitele*. Vyd. 1. Plzeň: Pro město Plzeň zpracovala společnost Člověk v tísni, pobočka Plzeň, 2009. 104 s. ISBN 978-80-86961-78-1.

11. KOHOUTEK, Rudolf. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 260 s. Spisy Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity; sv. č. 107. ISBN 978-80-210-4434-0.
12. KOLÁŘ, Michal. *Bolest šikanování*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 255 s. ISBN 80-7178-513-X.
13. KRCH, František David et al. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.
14. LINHART, Jiří, ed. *Velký sociologický slovník. Sv. 1, A-O*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1.
15. LINHART, Jiří, ed. *Velký sociologický slovník. Sv. 2, P-Ž*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. s. 749-1627. ISBN 80-7184-310-5.
16. MIOVSKÝ, Michal et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, ©2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
17. MIOVSKÝ, Michal et al. *Primární prevence rizikového chování ve školství: [monografie]*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN, ©2010. 253 s. ISBN 978-80-87258-47-7.
18. MUFSON, Susan. *O týrání a zneužívání*. Praha: Lidové noviny, 1996. 131 s. Linka důvěry. ISBN 80-7106-194-8.
19. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
20. NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. 2., podstatně rozš. vyd. Praha: Vodnář, 2013. 658 s. ISBN 978-80-7439-056-2.
21. NEŠPOR, Karel. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami: pro rodiče a pedagogy*. 2. rozš. vyd. Praha: Fortuna, 1997. 58 s. ISBN 80-7071-050-0.
22. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
23. NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2., rozš. vyd. Praha: Sportpropag, 1994. 159 s.
24. NOVOTNÝ, Oto a kol. *Kriminologie*. 2., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2004. 451 s. ISBN 80-7357-026-2.

25. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 203 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3470-5.
26. PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0403-9.
27. ROSEN, Larry D. *IDisorder: understanding our obsession with technology and overcoming its hold on us*. New York: Palgrave Macmillan, c2012, x, 246 p. ISBN 9781137278319.
28. ŘEHULKA, Evžen et al. *Prevence závislostí ve škole*. Brno: MSD, 2008. 105 s. ISBN 978-80-7392-077-7.
29. SEKOT, Aleš. *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 193 s. ISBN 978-80-210-5261-1.
30. SOCHŮREK, Jan. *Úvod do sociální patologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1.
31. STEJSKAL, František, KNÝ, Milan a VOTRUBA, Jan. *Sociálně patologické jevy dětí a mládeže v České republice*. Vyd. 1. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. 100 s. ISBN 80-7251-008-8.
32. STONIŠOVÁ, Petra. *Zavádění preventivních opatření proti rizikovému chování ve škole*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2012, 123 s. ISBN 978-80-87652-69-5.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
34. VYKOPALOVÁ, Hana. *Sociálně patologické jevy v současné společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 154 s. ISBN 80-244-0337-4.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

1. BENKOVIČ, Jozef. Novodobé nelátkové závislosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 6 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/06/03.pdf>
2. E bezpečí. *Nebezpečné komunikační praktiky: Co je kyberšikana?* [online]. 2009 [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: <http://cms.e-bezpeci.cz/content/view/14/39/lang,czech/>

3. Insoma. *Proměny volného času a zaostávání pedagogiky: referát přednesený na mezinárodní konferenci O výchově a volném čase Brno 15.-16.6.2006* [online]. [cit. 2015-02-11]. Dostupné z: http://www.insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_%202=digital_media_cz
4. Kyberšikana ve školním prostředí: Metodický materiál pro pedagogické pracovníky. *Národní centrum bezpečného internetu* [online]. 2012, s. 44 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.ncbi.cz/category/6-metodiky-ucebni-materialy?download=38>.
5. MAREŠOVÁ, Alena. *Analýza trendů kriminality v roce 2012*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci pro odbornou veřejnost, 2013. ISBN 978-80-7338-136-3. Dostupné z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/411.pdf>
6. Prevence: Co v primární prevenci funguje aneb zásady efektivní prevence. PAVLOVSKÁ, Amelie. *Klinika adiktologie* [online]. 2012 [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/377/3706/Co-v-primarni-prevenci-funguje-aneb-Zasady-efektivni-prevence>
7. *Prevence-info.cz: Prevence rizikového chování* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/p-prevence>
8. Sekundární viktimizace. *Dětské krizové centrum* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.ditekrize.cz/sekundarni-viktimizace>
9. SOVINOVÁ, Hana a Ladislav CSÉMY. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2012. [online]. 2013 [cit. 2015-03-09]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice_2012.pdf

DOKUMENTY MŠMT:

1. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy na období 2009 – 2012* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/7325_1_1/download/
2. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/20274_1_1/download/

3. *Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování mezi žáky škol a školských zařízení* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z http://www.msmt.cz/file/7347_1_1/.

Seznam tabulek a grafů

Graf číslo 1 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 1.

Graf číslo 2 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 2.

Graf číslo 3 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 2, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 4 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 3.

Graf číslo 5 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 3, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 6 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 4.

Graf číslo 7 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 4, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 8 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 5.

Graf číslo 9 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 5, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 10 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 6.

Graf číslo 11 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 6, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 12 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 7.

Graf číslo 13 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 7, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 14 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 8.

Graf číslo 15 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 8, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 16 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 9.

Graf číslo 17 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 9, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 18 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 10.

Graf číslo 19 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 10, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 20 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 11.

Graf číslo 21 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 11, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 22 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 12.

Graf číslo 23 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 12, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 24 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 13.

Graf číslo 25 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 13, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 26 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 14.

Graf číslo 27 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 15.

Graf číslo 28 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 16.

Graf číslo 29 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 17.

Graf číslo 30 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 18.

Graf číslo 31 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 19.

Graf číslo 32 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 20.

Graf číslo 33 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 21.

Graf číslo 34 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 22.

Graf číslo 35 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 22, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 36 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 23.

Graf číslo 37 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 23, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 38 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 24.

Graf číslo 39 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 24, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 40 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 25.

Graf číslo 41 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 25, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 42 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 26.

Graf číslo 43 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 27, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 44 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 28.

Graf číslo 45 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 28, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 46 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 29.

Graf číslo 47 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 29, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Graf číslo 48 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 30.

Graf číslo 49 – grafické znázornění odpovědí respondentů na otázku číslo 30, data rozdělená podle ročníku respondentů.

Tabulka číslo 1 – odpověď respondentů na otázku číslo 1.

Tabulka číslo 2 – odpověď respondentů na otázku číslo 2.

Tabulka číslo 3 – odpověď respondentů na otázku číslo 3.

Tabulka číslo 4 – odpověď respondentů na otázku číslo 4.

Tabulka číslo 5 – odpověď respondentů na otázku číslo 5.

Tabulka číslo 6 – odpověď respondentů na otázku číslo 6.

Tabulka číslo 7 – odpověď respondentů na otázku číslo 7.

Tabulka číslo 8 – odpověď respondentů na otázku číslo 8.

Tabulka číslo 9 – odpověď respondentů na otázku číslo 9.

Tabulka číslo 10 – odpověď respondentů na otázku číslo 10.

Tabulka číslo 11 – odpověď respondentů na otázku číslo 11.

Tabulka číslo 12 – odpověď respondentů na otázku číslo 12.

Tabulka číslo 13 – odpověď respondentů na otázku číslo 13.

Tabulka číslo 14 – odpověď respondentů na otázku číslo 14.

Tabulka číslo 15 – odpověď respondentů na otázku číslo 15.

Tabulka číslo 16 – odpověď respondentů na otázku číslo 16.

Tabulka číslo 17 – odpověď respondentů na otázku číslo 17.

Tabulka číslo 18 – odpověď respondentů na otázku číslo 18.

Tabulka číslo 19 – odpověď respondentů na otázku číslo 19.

Tabulka číslo 20 – odpověď respondentů na otázku číslo 20.

Tabulka číslo 21 – odpověď respondentů na otázku číslo 21.

Tabulka číslo 22 – odpověď respondentů na otázku číslo 22.

Tabulka číslo 23 – odpověď respondentů na otázku číslo 23.

Tabulka číslo 24 – odpověď respondentů na otázku číslo 24.

Tabulka číslo 25 – odpověď respondentů na otázku číslo 25.

Tabulka číslo 26 – odpověď respondentů na otázku číslo 26.

Tabulka číslo 27 – odpověď respondentů na otázku číslo 27.

Tabulka číslo 28 – odpověď respondentů na otázku číslo 28.

Tabulka číslo 29 – odpověď respondentů na otázku číslo 29.

Tabulka číslo 30 – odpověď respondentů na otázku číslo 30.

Tabulka číslo 31 – statistické zpracování dat z výzkumu, sloužící k vyhodnocení výzkumných otázek VIII a IX.

Seznam příloh

Příloha číslo 1 – Dotazník

Příloha číslo 1 - dotazník

Vážený studente,

vytvořený dotazník bude sloužit pouze ke statistickým účelům diplomové práce. Je anonymní.

V dotazníku jsou tři druhy otázek. První druh spočívá v rozhodnutí pravdivosti výroku. Myslíte-li si, že výrok je pravdivý, označte ano, je-li nepravdivý, označte ne. V druhém druhu otázek je možnost výběru z několika odpovědí. Pozor, u některých otázek je možné zaškrtnout i více odpovědí. Třetí druh je pak vypsání krátké definice na pojem nebo problematiku obsaženou v otázce.

Bc. Michal Žák, student Pedagogické fakulty UP v Olomouci.

1. V kterém ročníku navazujícího magisterského studia se nacházíte?
 - 1.
 - 2.
2. Domníváte se, že závislost na alkoholu má u žen rychlejší nástup a významnější sociální degradaci? Ano / ne
3. Domníváte se, že častá konzumace alkoholu ve větším množství je definice alkoholika? Ano / ne
4. Domníváte se, že alkoholová demence a cirhóza jater je častější u mužů než u žen? Ano / ne
5. Domníváte se, že předčasný abúzus alkoholu zvyšuje pravděpodobnost vzniku alkoholové závislosti? Ano / ne
6. Domníváte se, že fyzická závislost na drogách je nebezpečnější než psychická? Ano / ne
7. Jste pro zavedení zákazu nikotinových drog na veřejných prostranstvích? Ano / ne
8. Domníváte se, že amfetaminové drogy (např. speed) mění osobnost a způsobuje paranoiu? Ano / ne
9. Domníváte se, že porucha příjmu potravy se může vyskytovat i u mužů? Ano / ne
10. Domníváte se, že z pohledu účastníků se kyberšikana neliší od klasické formy šikany? Ano / ne
11. Domníváte se, že důsledky sexuálního napadení jsou horší u chlapců než u dívek? Ano / ne
12. Domníváte se, že se v ČR můžete setkat s případy rituálního týrání? Ano / ne

13. Domníváte se, že týrání dětí se dopouštějí hlavně lidé s nízkým vzděláním?

Ano / ne

14. Vyberte projevy závislosti na nealkoholových drogách (možnost více správných odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Změna váhy | <input type="checkbox"/> Změna v chování |
| <input type="checkbox"/> Zhoršená paměť | <input type="checkbox"/> Zúžené zornice |
| <input type="checkbox"/> Záškoláctví | |

15. Jaké jsou možnosti přenosu viru HIV (možnost více správných odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prostřednictvím krve | <input type="checkbox"/> Nechráněným sexem |
| <input type="checkbox"/> Prostřednictvím mateřského mléka | |

16. Jak můžeme rozpoznat poruchu příjmu potravy? (možnost více správných odpovědí)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Snížení váhy | <input type="checkbox"/> Změna barvy a kvality vlasů |
| <input type="checkbox"/> Změna barvy pleti | <input type="checkbox"/> Získání reakce z rodiny |

17. Jaké jsou možné projevy oběti šikany dítěte? (možnost více správných odpovědí)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modřiny a oděrky | <input type="checkbox"/> Dítě je hladové |
| <input type="checkbox"/> Dítě se nevzdaluje od učitele | <input type="checkbox"/> Na záchod chodí ve výuce |
| <input type="checkbox"/> Poškozené nebo zašpiněné oblečení | <input type="checkbox"/> Častá absence ve škole |

18. Kdo nejčastěji oznamuje podezření na CAN u dítěte?

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rodiče | <input type="checkbox"/> Učitel |
| <input type="checkbox"/> Prarodiče | |

19. Jaké mohou být důsledky závislosti na virtuálních drogách? (možnost více správných odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Změna v hodnotovém systému jedince | <input type="checkbox"/> Somatické onemocnění |
| <input type="checkbox"/> Ztráta fyzické kondice | <input type="checkbox"/> Izolovanost |
| <input type="checkbox"/> Smrt | <input type="checkbox"/> Ztráta základních hygienických návyků |
| <input type="checkbox"/> Změna v emocionálních vztazích jedince | |

20. Která skupina je nejvíce ohrožena syndromem CAN?

- Muži
- Ženy
- Děti
- Starší lidé

21. Je možné, aby se učitel vypořádal se šikanou sám?

- Ano, do určité fáze šikany
- Ne, je zapotřebí vždy volat na pomoc odborníka

22. Co je to fetální alkoholový syndrom?

23. Definuj, co jsou to sociálně patologické jevy.

24. Definuj pojem juvenilní delikvence.

25. Definuj pojem Münchhausenův syndrom by proxy.

26. Kdo se účastní týrání dítěte, když se jedná o systémové týrání?

27. Definuj pojem netolismus.

28. S jakým sociopatologickým jevem se můžete ve své praxi setkat nejpravděpodobněji?

29. Dala vám škola dobrou přípravu na vypořádání se se sociálně patologickými jevy?

30. Jaký je rozdíl mezi HIV a AIDS.