



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Rizikové chování z pohledu pracovníků orgánu
sociálně-právní ochrany dětí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Markéta Šestáková

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Renata Švestková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Rizikové chování z pohledu pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ing. Renatě Švestkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, čas a ochotu. Mé poděkování patří též respondentům, bez kterých by práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě samozřejmě děkuji i celé své rodině za maximální podporu během studia.

Rizikové chování z pohledu pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá rizikovým chováním z pohledu pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají a zda pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování. V souvislosti s těmito cíli jsem stanovila hypotézy takto: Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí se setkávají se všemi devíti typy rizikového chování a poruchy příjmu potravy jsou pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímány jako rizikové chování.

Pro zpracování empirické části jsem zvolila kvantitativní výzkum, který probíhal pomocí dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořilo čtrnáct sociálních pracovníků, konkrétně kurátorů pro děti a mládež působících na orgánu sociálně-právní ochrany dětí v Jihočeském kraji.

Zjištěné výsledky ukazují, že se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí u svých klientů nejčastěji setkávají se záškoláctvím, poté se šikanou, kyberšikanou, sexuálním rizikovým chováním a látkovými závislostmi. Z odpovědí je zřejmé, že rizikové chování se více vyskytuje v mimoškolním prostředí. Většina respondentů se přiklání k tomu, že primární prevence rizikového chování ve školství není dostačující. V souvislosti s druhým cílem, jež je zaměřený na poruchy příjmu potravy, uvedla většina dotázaných, že souhlasí se zařazením poruch příjmu potravy do rizikového chování. Za nejčastější stravovací poruchu, se kterou se setkávají, označili mentální anorexii. Dle jejich názoru není, v rámci prevence ve školách, na problematiku poruch příjmu potravy a rizika s nimi spojená brán dostatečný zřetel. U svých klientů, trpících onemocněním poruchou příjmu potravy, se nejčastěji snaží o spolupráci s jejich rodinami či je odkáží na příslušnou odbornou pomoc.

Na základě těchto výsledků je třeba podotknout, že první hypotéza se s výsledky rozchází, kdežto druhá hypotéza je s nimi ve shodě.

Výsledky výzkumu by mohly posloužit jako informační materiál pro pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Dále jako podklad pro pedagogy pracující

s rizikovou skupinou žáků. Také by mohly být přínosné pro zlepšení spolupráce mezi školou a pracovníky OSPOD či mezi pedagogy při tvorbě minimálního preventivního programu.

Klíčová slova

Rizikové chování; záškoláctví; orgán sociálně-právní ochrany dětí; kurátor pro děti a mládež; poruchy příjmu potravy; mentální anorexie.

Risk Behaviour from the Staffs' Perspective of the Authority Children's Protection

Abstract

The bachelor thesis deals with the high - risk behaviour from the staffs' perspective of the authority children's protection.

The goal of my bachelor thesis was to find out the typical forms of risky behaviour which the officials of the authority of children's social care law most often encounter and whether the personnel authority of children's social care law perceive eating disorders as a risky behaviour. In connection with these objectives, I have set the following hypotheses as follows: The officials of the authority of children's social care law encounter with all nine types of risky behaviour and eating disorders are perceived by the officials of the authority of children's social care law as a risky behaviour.

For processing the data in the empirical part I have chosen the quantitative research, which proceeded with the use of questionnaire enquiry. The research sample consisted of fourteen social workers, specifically curators for children and youth operating on the authority of children's social care law in the South Bohemian Region.

The results show that the officials of children's social care law most often encounter truancy of their clients, then bullying, cyber bullying, sexual risky behaviour and substance dependence. The responses show that risky behaviour occurs more often in extracurricular environment. The majority of responders are inclined to think of the primary prevention of risky behaviour in the education system as not sufficient. In connection with the second aim, which is focused on eating disorders, the most of the respondents said they agreed with the inclusion of eating disorders to risk-taking behaviour. For the most common eating disorder they encounter is anorexia nervosa as they marked. In their point of view is not, in the context of prevention at schools, taken sufficient account of the issue of eating disorders and the risks associated with them. Among their clients who got ill from eating disorder, most often cooperate with their families or refer to appropriate professional help.

Based on these results, it should be noted that the first hypothesis with the results diverges, whereas the second hypothesis is with them in correspond.

The research results could serve as an information material for the officials of the authority of children's social care law. Furthermore, it is possible to embrace the basis for

the educators working with at-risk group of pupils. They can also be beneficial for the improvement of cooperation between the school and the official of the social services or between educators in the creation of the minimum preventive programme.

Key words

Risky behaviour; truancy; authority of children's social care law; curators for children and youth; eating disorders; anorexia nervosa

Obsah

Úvod	10
1 Rizikové chování	11
1.1 Syndrom rizikového chování	12
1.2 Jednotlivé druhy rizikového chování	12
1.2.1 Záškoláctví.....	12
1.2.2 Šikana a extrémní projevy agrese	13
1.2.3 Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě	15
1.2.3.1 Rizikové sporty.....	15
1.2.3.2 Rizikové chování v dopravě.....	15
1.2.4 Rasismus a xenofobie	16
1.2.5 Negativní působení sekt	17
1.2.6 Sexuální rizikové chování	18
1.2.7 Závislostní chování (adiktologie).....	19
1.2.7.1 Látkové závislosti.....	19
1.2.7.2 Nelátkové závislosti	20
1.2.8 Syndrom CAN	21
1.2.8.1 Týrání fyzické.....	21
1.2.8.2 Týrání psychické	21
1.2.8.3 Sexuální zneužívání.....	22
1.2.8.4 Zanedbávání.....	22
1.2.9 Poruchy příjmu potravy.....	22
1.2.9.1 Mentální anorexie.....	23
1.2.9.2 Mentální bulimie	24
1.2.9.3 Další typy poruch příjmu potravy.....	25
2 Primární prevence rizikového chování.....	27
2.1 Primární prevence rizikového chování ve školství	28

2.1.1	Poradenská pracoviště ve školách.....	28
2.1.2	Role školních poradenských pracovníků	29
2.1.3	Minimální preventivní program a školní preventivní program.....	30
3	Orgán sociálně-právní ochrany dětí	31
3.1	Kurátor pro děti a mládež	32
4	Cíle práce a hypotézy.....	33
4.1	Cíle práce	33
4.2	Hypotézy	33
5	Operacionalizace pojmů	34
6	Metodika	35
6.1	Použitá metodika.....	35
6.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	35
7	Výsledky výzkumu	36
8	Diskuse.....	48
	Závěr.....	52
	Seznam použitých zdrojů.....	54
	Přílohy	59
	Seznam zkratk	65

Úvod

Bakalářská práce je v teoretické i praktické části zaměřena na rizikové chování dětí a mládeže, a na pohled pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí na tuto problematiku.

Toto téma, které je pro mě velmi zajímavé, jsem si vybrala, jelikož rizikové chování dětí a mládeže je v současné době velmi aktuálním a diskutovaným tématem, neboť v jeho důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince i společnost.

Teoretická část je rozdělena na tři hlavní kapitoly. První kapitola definuje pojem rizikové chování a jeho jednotlivé typy, které jsou v současnosti považovány za nejvíce rozšířené a nebezpečné. Druhá kapitola se zabývá primární prevencí rizikového chování, ve které se zaměřuje především na školní prostředí, podává informace o poradenských pracovištích ve školách, o rolích školních poradenských pracovníků a minimálním preventivním a školním preventivním programu. Poslední kapitola definuje orgán sociálně-právní ochrany dětí a zaměřuje se na kurátory pro děti a mládež, kteří mají důležitou roli při řešení výskytu rizikového chování u dětí a mládeže.

V praktické části je realizován výzkum se čtrnácti kurátory pro děti a mládež, jež působí v Jihočeském kraji.

Pomocí dotazníkového šetření jsem se snažila zjistit, s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají. Na základě této otázky jsem se chtěla dozvědět, zda je výskyt jednotlivých typů rizikového chování, které jsou považovány za nejčastější, vysoký i v Jihočeském kraji. Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování. Na poruchy příjmu potravy jsem se zaměřila proto, protože ne všichni autoři je, stejně jako syndrom CAN, zařazují mezi rizikové chování. Dle mého názoru je i přesto brán větší zřetel na syndrom CAN, nežli právě na poruchy příjmu potravy, které se ve společnosti vyskytují stále častěji. Vážnost těchto stravovacích poruch je poměrně vysoká a stává se postupně celosvětovým problémem. Poruchy příjmu potravy jsou velmi závažné onemocnění a není jim věnována příliš velká pozornost. Problém mohou tvořit média, která se snaží celé populaci ukázat, jak je štíhlost pro náš osobní život důležitá.

1 Rizikové chování

Rizikové chování je chování, jež představuje pro jedince či společnost nadměrný výskyt zdravotních, výchovných, sociálních a jiných rizik (Miovský, Zapletalová, 2006 In: Miovský et al., 2015). Můžeme se však setkat i s označením „problémové chování“, a to především v souvislosti s normativním pojetím rizikového chování, které ve svých publikacích používal zejména Jessor (Jessor & Jessor, 1977 In: Miovský et al., 2015). Je také nutné podotknout, že termín rizikové chování ještě v nedávné době nesl označení sociálněpatologické jevy (Miovský et al., 2015). Od tohoto pojmu se však upustilo, neboť poukazoval především na skupinovou normu či patologii, zatímco pojem rizikové chování upřednostňuje jednotlivce nebo konkrétně ohraničenou sociální skupinu, a přesně definuje, jak a čím dochází k újmě na zdraví (Miovský et al., 2015).

Miovský et al. (2015) dále uvádí, že výskyt rizikového chování je typický pro období adolescence, a to nezávisle na pohlaví. Autor zmiňuje, že jedním z hlavních důvodů je rozvoj abstraktního myšlení, na základě kterého není myšlenkám ani nápadům dospívajícího přisuzována mezní hodnota. To může mít za následek experimentování, které je v určité míře žádoucí, avšak může vyvolávat rizikové chování a následně vést k závažným zdravotním, psychosociálním a dalším důsledkům (Miovský et al., 2015).

Prevenci rizikového chování představují zdravotní, sociální, výchovné, vzdělávací a jiné intervence, jejichž cílem je předcházet výskytu rizikového chování, zabránit jeho dalšímu šíření, usilovat o redukci již vzniklých forem rizikového chování a také se podílet na řešení jeho důsledků (Miovský et al., 2015).

V současné době řadíme mezi nejvíce rozšířené a nebezpečné typy rizikového chování, zejména ve školním prostředí, tyto oblasti: záškoláctví, extrémní projevy agrese včetně šikany, rizikové chování v oblasti dopravy a rizikové sporty, rasismus a xenofobii, záporný vliv sekt, rizikové sexuální chování a látkové i nelátkové závislosti (Miovský et al., 2015). V širším pojetí se pak jedná o okruh poruch a problémů spojených se syndromem CAN (Child Abuse and Neglect Syndrome), tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte a také poruchy příjmu potravy (Miovský et al., 2015). Autor uvádí, že tyto dva typy nelze jasně zahrnout do rizikového chování, neboť ne všichni autoři ho zde zařazují, ale z hlediska výskytu v populaci začínají nabírat na důležitosti pro preventivní práci (Miovský et al., 2015).

1.1 Syndrom rizikového chování

Hamanová, Csémy (2014) uvádí, že tímto termínem je označován souhrn symptomů, jež vznikají na stejném základě, přičemž není pravidlem, že se musejí objevovat úplně všechny. Dále zmiňují, že některé příznaky se objevují zejména v období dospívání (tzv. syndrom rizikového chování v dospívání), kdy zastávají hlavně funkci kompenzační. Jedinec tak nahrazuje a řeší své nedostatky, potíže a problémy právě zmiňovaným rizikovým chováním, které má za následky nežádoucí jednání, jako např. užívání závislostních látek, zanedbávání školních povinností, předčasný začátek pohlavního života a další (Hamanová, Csémy, 2014). Tito autoři také podotýkají, že se dospívající chová rizikově jen v některých oblastech, ale toto jeho chování zasahuje i do ostatních oblastí, hovoříme o problémovém chování, nikoli problémovém jedinci. Jedinec si může i nemusí být rizikovosti svého chování vědom (Hamanová, Csémy, 2014). Značný rozdíl bychom také našli mezi výrazy rizikové a riskující chování (Širůčková, 2015). V případě rizikového chování se jedná o neuvědomované či popírané chování, které je vyvolané jiným podnětem, zatímco riskující chování je pro jedince zcela vědomé a výskyt možných rizik je mu znám (Širůčková, 2015).

1.2 Jednotlivé druhy rizikového chování

1.2.1 Záškoláctví

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (2014), v jednom ze svých metodických pokynů, definuje záškoláctví jako úmyslné zanedbávání povinné školní docházky, které je zpravidla opakované žákem či rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte. Dále uvádí, že součástí záškoláctví je samozřejmě i neomluvená nepřítomnost žáka ve škole, přičemž absence většinou trvá po celé školní vyučování nebo pouze jeho část, ale může k ní docházet i jen během určitých předmětů. Také podotýká, že se jedná buď o náhlé rozhodnutí či předem promyšlené. Rodiče dítěte o jeho záškoláctví většinou nevědí, ovšem v některých případech jsou si toho vědomi a dítěti absenci omlouvají. Zde hodně záleží na pozornosti pedagoga, zda tento jev vypozeruje (MPSV, 2014).

Důvody jsou různé, ale zpravidla se jedná o vyhýbání se vyučování, a to především v období písemných prací či zkoušek nebo o vyvarování se kontaktu s určitou osobou, např. s vyučujícím, spolužákem či jinou školní osobou, přičemž důvody vyhýbání se těmto osobám mohou být třeba nesympatie či šikana (MPSV, 2014). Další možnou a velice nebezpečnou příčinou může být i kombinace záškoláctví s dalšími typy

rizikového chování, např. patologické hráčství, kriminalita, zneužívání návykových látek a tak dále (MPSV, 2014). Může se jednat ale i o takovou formu záškoláctví, kdy dítě do školy nechodí z důvodu potřeby výpomoci dítěte v domácnosti či zhoršené situace v rodině (MPSV, 2014).

Záškoláctvím se žák dopouští porušení školního řádu, pedagog nebo ředitel školy může žáka za porušení školního řádu kázeňsky postihnout (MPSV, 2014).

1.2.2 Šikana a extrémní projevy agrese

Dle Martínka (2015) je agrese velmi často zaměňována s agresivitou, tímto pojmem je míněn vnitřní postoj člověka k agresi – někdo reaguje na určité situace více agresivně, někdo méně. Autor podotýká, že přijatelná míra agresivity může být v mnoha případech pozitivní, neboť jedinec si tak může vytvořit ve společnosti autoritu a posílit sebevědomí. Agresi definuje jako útok či napadení osoby, v širším slova smyslu je to projev agresivity v jednání a chování osoby. Podobně o agresi hovoří i Bourcet a Gravillonová (2006), které uvádějí, že se může jednat jak o fyzický útok, tedy násilí, rány, znásilnění, výprask a podobně, tak i o útok slovní, který může probíhat formou zesměšňování, nadávek, ponižování, vydírání a jiné. Podotýkají, že oba typy, jak fyzický, tak i slovní, mají negativní dopad především na psychický stav jedince. O to horší je, pokud se tyto formy agrese kombinují (Bourcet, Gravillonová, (2006). Agresi označujeme nejenom útok mířený proti druhé osobě, ale i proti věcem (vandalismus, sprejerství apod.) a také proti vlastní osobě (Miovský et al., 2015). Agresi proti sobě samému označuje Martínek (2015) jako autoagresi, přičemž nejčastější bývá sebepoškození a nejtěžší formou autoagrese je sebevražda. Extrémními projevy agrese je tedy chápáno takové chování, které způsobuje evidentní psychickou, fyzickou nebo hmotnou škodu či újmu (Miovský et al., 2015). Tento autor uvádí, že jedním z extrémně agresivního chování je šikana.

Říčan, Janošová (2010) podotýkají, že šikana je buď jednorázové, nebo opakované ubližování osobě, která se neumí či nemůže bránit. Autoři dále uvádí, že většinou probíhá mezi těmi, kteří se nacházejí ve stejném postavení, nejčastěji mezi žáky, sportovci, vězni a tak dále. Samozřejmě zmiňují i to, že se může šikana uskutečňovat i mezi nadřízeným a podřízeným, učitelem a žákem a podobně. Mezi oběma stranami je nevyvážený vztah moci, kdy agresor vystupuje jako nadřízený a oběť plní jeho požadavky na základě toho, že se agresora bojí (Říčan, Janošová, 2010).

Přímá šikana je typická svou různorodostí a násilím jakéhokoliv typu (Říčan, Janošová, 2010). Autoři podotýkají, že se jedná o ubližování oběti formou fyzické bolesti,

nucením vypít nebo sníst něco nechutného, poškozováním a krádeží osobních věcí a další. To vše probíhá v podobě slovního napadení, urážení a v neposlední řadě i zotročování oběti, aby konala činnosti, které ji přikazuje agresor (Říčan, Janošová, 2010).

Dle autorů je nepřímá šikana mnohdy horší a drásavější než šikana přímá, jedná se o sociální izolaci jedince, který je vyloučen ze skupiny, přehlížen ostatními a vylučován ze společných činností. Dále uvádí, že nejčastěji probíhá ve škole mezi spolužáky a používána spíše dívkami. Dítě se na základě toho snaží přizpůsobovat ostatním, aby se jim zavděčilo a páchat tak činy, kterých by se jinak nedopustilo, pravdou ale je, že se tímto žák spíše ještě více zesměšňuje (Říčan, Janošová, 2010). Obě formy šikany se mohou kombinovat, se začátkem v přímé i nepřímé variantě (Říčan, Janošová, 2010).

Dle autorů jsou důvody šikany různé, může se jednat o rasismus, sexuální touhu, radost z ubližování, upoutání pozornosti, pocit větší moci či naopak z důvodů méněcennosti. Stejně tak může mít různé důvody i to, proč se oběť nedokáže či nemůže bránit (Říčan, Janošová, 2010). Jedním z důvodů může být tělesná slabost, handicap, snížený intelekt, invalidita anebo také to, pokud je agresorů více a oběť tak nemá šanci se ubránit (Říčan, Janošová, 2010).

Největší utrpení ze šikanování prožívá oběť šikany, a to jak fyzické, tak i psychické (Kolář, 2011). Dle autora, míra poškození samozřejmě závisí na délce trvání šikany a na obranyschopnosti dítěte. Uvádí, že je-li doba trvání dlouhodobého charakteru, může dojít k velmi závažnému poškození nebo dokonce i k ohrožení života oběti, v nejhorších případech může poškozený spáchat či se pokusit o sebevraždu (Kolář, 2011). MŠMT (2016) podotýká, že škola se při řešení šikany vždy řídí Metodickým pokynem k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zřízeních. Také uvádí, že k zastavení šikany má škola k dispozici nápravná opatření, jimiž může agresora potrestat, např. se jedná o výchovná opatření, snížení známky z chování, vyloučení ze školy apod. Řešení šikany je dlouhý a komplikovaný proces, který mnohdy vyžaduje pomoc i ostatních odborníků zvenčí (MŠMT, 2016).

Stále častěji se setkáváme i s další formou šikany, tzv. kyberšikanou (Čáp, 2014). Ta, dle autora, spočívá v ponižování a ubližování jedince prostřednictvím elektronické komunikace, především SMS zprávami, chatem a dosud narůstajícími sociálními sítěmi. Čáp uvádí, že nebezpečí této agrese spočívá hlavně v rychlém šíření informací ostatním, počtem sledovanosti a časové neomezenosti. Kyberšikana je často spojená i se šikanou téže oběti ve školní třídě (Čáp, 2014). Zahraniční studie uvádějí, že oběti kyberšikany mohou zažívat řadu různých negativních emocí, např. prožívají vztek, frustraci a smutek,

ale také pociťují izolaci, osamělost, úzkost, depresi a mají nízké sebevědomí (Ho et al., 2017). Kromě toho je u nich větší pravděpodobnost výskytu antisociálního chování, jako je absence (Ho et al., 2017). Tyto studie dále uvádějí, že kyberšikana častokrát vede k závažnějším negativním výsledkům ve srovnání s tradiční šikanou, jedná se především o sebepoškození, sebevražedné myšlenky a trestné činnosti (Ho et al., 2017).

1.2.3 Rizikové sporty a rizikové chování v dopravě

1.2.3.1 Rizikové sporty

Pojem rizikový sport je často označován jako extrémní či adrenalinový sport, v zásadě se jedná o sporty, jejichž provozování je spojeno s vysokou mírou rizikovosti a očekáváním zvýšení hladiny adrenalinu v krvi, ve skutečnosti však dochází ke zvýšení hladiny hormonů serotoninu, endorfinu a dopaminu (Miovský et al., 2015). Jde například o sjíždění divokých řek na raftech s nedostatečným vybavením a zkušenostmi nebo jízda na snowboardu v zakázaných místech nebezpečných sesuvem laviny či jízda na kolečkových bruslích nebo horském kole bez ochranných pomůcek apod (Miovský et al., 2015). V současné době se k extrémním sportům řadí i takové sporty, které nejsou ve společnosti příliš rozšiřovány a jejichž provozování není vystaveno zvlášť vysokému riziku, ale jeho fanoušci tento pocit v ostatních vyvolávají, a tím může dojít k jeho postupnému rozšíření (Miovský et al., 2015).

Ambrožová et al. (© 1996–2016) uvádí, že důvodem, proč lidé vykonávají extrémní a rizikové sporty, může být navození lepší nálady, vzrušení a touha po dobrodružství, útek od stereotypu, zvědavost, překonání strachu, dosažení mistrovství atd. Upozorňuje na to, že někteří jedinci uvádějí, že klasické sportovní disciplíny jim zkrátka nestačí. Autorka dále podotýká, že často jedinci vykonávají tuto činnost za účelem odpočinku a relaxace, nežli za účelem hazardu či zranění.

Rizikovostí je ohrožen jak jedinec vykonávající rizikový sport, tak i další osoby, stejně tak může dojít k poškození vlastního i cizího majetku (Ambrožová et al., © 1996–2016).

1.2.3.2 Rizikové chování v dopravě

MŠMT (2010a) vytvořilo rámcový koncept rizikového chování, ve kterém definuje jednotlivé typy tohoto chování ve školním prostředí. Jedním z nich je i rizikové chování v dopravě, což je takové jednání, v rámci dopravy, které může způsobit dopravní nehody a s tím často spojené následky (MŠMT, 2010a). Jako příklad lze uvést tajné automobilové

závody v běžném provozu či řízení pod vlivem drog nebo alkoholu a další (Miovský et al., 2015). Toto chování je považováno za agresivní chování, které způsobuje porušování psaných i nepsaných pravidel (MŠMT, 2010a). Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ho dělí podle cílové skupiny, tzn., na chodce, cyklistu, spolujezdce, řidiče apod. Dále podle věku cílové skupiny, jedná-li se o školní prostředí, hovoříme o dělení podle věku na 1. stupeň ZŠ (chodec, osoba cestující hromadnou dopravou), na 2. stupeň ZŠ (cyklista), dále na střední školu (cyklista, řidič motorového kola) a třetím kritériem pro dělení je faktor způsobující rizikového chování.

Možnou příčinou může být např. návyková látka, neznalost dopravních předpisů, nedostačující praktické dovednosti, nedostatek kladných vzorů v rodině či faktory osobnostní (deprese, neuvědomování rizik nebo naopak vyhledávání rizikových situací, agresivní chování apod.) (MŠMT, 2010a).

Rizikovým chováním v dopravě je ohrožen nejenom jedinec sám, ale i ostatní účastníci dopravy (MŠMT, 2010a). Následky rizikového chování v dopravě mohou být různé, ve většině případů se však jedná o dopravní nehody, úrazy či dokonce úmrtí, psychické trauma, hmotnou újmu a mnohdy i o poškozování životního prostředí (MŠMT, 2010a).

1.2.4 Rasismus a xenofobie

Velká část společnosti si pod pojmem rasismus a xenofobie představuje nějaké chování či postoje, které jsou považovány za negativní a špatné (Tollarová et al., 2013). Obecně lze říci, že rasismus je jakákoliv nesnášenlivost a intolerance vůči menšinám, jedná se o nerovnost a diskriminaci týkající se rasy, barvy pleti a národnostního či etnického původu a projevující se především v omezování a znevýhodňování těchto osob (Tollarová et al., 2013). Alan (2008) rozlišuje rasismus lidový a ideologický. U lidového rasismu jako typický znak uvádí stigmatizaci, která spočívá v nahlížení na rasově odlišné, jako na ty, kteří nejenom že nepatří do naší společnosti, ale dokonce ji tzv. „znečišťují“. Jako další znak autor uvádí přisuzování horších charakterových vlastností menšinám, to má však za následek to, že příslušníci jiných ras se cítí jako odlišní a začnou se podle toho i chovat. U ideologického rasismu, který považuje za ještě horší typ, uvádí, že jde o rasismus, který nestaví na předsudcích či náhodných situacích, ale na jejich logickém zdůvodnění. Na osoby jiných ras či etnik pohlíží jako na skupinové odlišnosti, oba tyto typy se zároveň doplňují (Alan, 2008).

O xenofobii hovoříme jako o strachu z něčeho nebo někoho cizího, dalo by se říci, že je vlastně takovou podstavbou rasismu (Tollarová et al., 2013). Ke xenofobii dochází především v situacích, kdy se sociální útvary nacházejí v nějaké kritické či neznámé situaci. (Frištenská, 2008). Dále autorka uvádí, že právní vymezení tohoto pojmu neexistuje, neboť se jedná o postoj a pocit, nikoliv o jev, jež by měl řídit právo.

Příčinou rasistického i xenofobního postoje může být např. vliv okolí a rodiny, agresivita, zdůrazňování autority, nedostatek informací, negativní zkušenosti a tak dále (MŠMT, 2010b; Vágnerová, 2014). Oba tyto zdroje dále uvádí, že v České republice je negativně nahlíženo především na romskou populaci, na migranty a na cizince, nejčastěji na Ukrajince a ostatní okolní národnosti. Nejčastějším důvodem odmítavého postoje k těmto cizincům je vzrůstající strach z nedostatku pracovních míst, obavy z porušování obecně platných norem ve společnosti či strach z ohrožení bezpečnosti (MŠMT, 2010b; Vágnerová, 2014).

Následkem této nerovnosti je omezování základních lidských práv a svobod znevýhodněných menšin (Tollarová et al., 2013). Dle Alana (2008) má rasismus velmi negativní dopady na příslušníky jiných ras, kteří se cítí býti diskriminováni a frustrováni. Snaha o individualitu jednotlivců je zcela zbytečná, neboť jsou skupinově svazováni (Alan, 2008). V mnoha případech dochází k verbálnímu a fyzickému napadení jednotlivců, kvůli jejich původu (MŠMT, 2010b). K předcházení těchto problémů vydalo MŠMT Metodický pokyn k výchově proti projevům rasismu, xenofobie a intolerance (MŠMT, 2010b).

1.2.5 Negativní působení sekt

Mioviský et al. (2015) uvádí, že je velice obtížné přesně definovat význam slova sekta. I přes to, je potřeba si pod tímto termínem představit určitou ohraničenou sociální skupinu, jejíž členové vyznávají jistý názorový proud, kterým se vymezují od převažujícího ideologického systému (Mioviský et al., 2015). Díky tomu postupně dochází k sociální izolaci, manipulaci a zásahům do soukromého života jejích členů (Mioviský et al., 2015). Jinými slovy, lze říci, že se jedná o závislost na ideologii, v tomto smyslu náboženskou ideologii, extrémní ideologii, fanatismus. (Vágnerová, 2014). Náboženské sekty představují pro své členy smysl života a duševní klid, mají jasně vymezená pravidla a normy, které nesmějí být za žádnou cenu překročeny a zásadně nepřijímají jiné náboženské vyznání, jen jejich učení je správné a pravdivé (Kašparů, 2002 In: Vágnerová, 2014). Každá sekta má svého vůdce, jeho role ve skupině je jasně

vymezená, má naprostou autoritu a jeho rozhodnutí jsou skupinou vždy považovány za správné, uspořádání skupiny je hierarchické, pravidla neměnná (Vágnerová, 2014). V odborné literatuře se můžeme setkat s různým zaměřením náboženských sekt – spirituální, politické, psychoterapeuticko-výchovné, léčitelské a komerční (Hassan, 1994; Abgrall, 2000 In: Vágnerová 2014). Dále je dělíme podle tří kritérií, na sekty vycházející z křesťanství, z východních duchovních zvyků a tradic a sekty charakteristické okultismem či ezoterismem (Remeš, 1997; Abgrall, 2000; Vojtíšek, 2004 In: Vágnerová 2014).

Příčin vstupu do sekty může být mnoho, jednak osobní problémy, hledání smyslu života, pocity méněcennosti, ale také záměrná manipulace členů sektářské skupiny na jedince (Vágnerová, 2014).

Důsledkem působení sekty je především změna psychiky jejího člena (Hassan, 1994 In: Vágnerová, 2014). Změny nastávají především v uvažování a chování jedince, kdy jeho myšlenky jsou ovlivněny vírou (Hassan, 1994 In: Vágnerová, 2014). Dále dochází ke změnám prožívání v oblasti emocí, kdy věřící člověk může pociťovat radost, důvěru i naději, může jít ale také o strach, úzkost a obavy z opuštění Bohem (Říčan, 2002 In: Vágnerová, 2014). Úplná oddanost jedince k víře způsobuje nadřazenost citů nad rozumem a také může dojít ke změně vnímání vlastní identity (Říčan, 2002 In: Vágnerová, 2014).

1.2.6 Sexuální rizikové chování

Objevování sexuality v období dospívání, je pro mladistvé neodmyslitelnou součástí jejich života. To však sebou přináší i řadu nebezpečí (Nielsen Sobotková et al., 2014). Největší riziko představuje brzký začátek sexuálního života a s tím spojené časté střídání partnerů, pohlavní styk s neznámým partnerem, nevhodné sexuální praktiky, nechráněný pohlavní styk a prostituce (Hamanová, 2014). Nebezpečná je i kombinace rizikového sexu s užíváním návykových látek, například marihuany, alkoholu a jiných (Miovský et al., 2015). Autor zmiňuje, že se stále více objevují i případy sexuálního zneužívání, které mají traumatizující dopad na psychický stav jedince a negativně ovlivňují i vývoj celé jeho osobnosti. Dále podotýká, že novým fenoménem, který přináší velké riziko je tzv. sexting, což je rozesílání sexuálního obsahu, nejčastěji intimních fotografií či videí formou SMS zpráv, sociálních sítí atd., materiál tak může být snadno zneužitelný. Velkým nebezpečím chatování na internetu, mnohdy i za pomoci webových kamer, může být lákání dětí (často mladších 15 let) dospělou osobou k pořízení fotografie či videa

za úplatu, kde bude nezletilý nahý (Mioviský et al., 2015). V takových případech se bezpochyby jedná o výrobu a šíření dětské pornografie (Mioviský et al., 2015). Může však dojít i k situaci, kdy dospělá osoba bude požadovat po nezletilém osobní schůzku, což ve většině případů pro dítě znamená pohlavní zneužití či znásilnění dospělou osobou (Mioviský et al., 2015).

Hamanová (2014) zmiňuje, že dospívající začínají sexuálně žít většinou z důvodů tlaku ze strany partnera či vrstevníků nebo sami touží po styku. Také uvádí, že mnozí touto cestou řeší své problémy, většinou v oblasti citového strádání či nedostatku sebevědomí, v některých případech se chce dospívající pouze vyrovnat vrstevníkům, a proto začne se sexuálním životem, aniž by sám chtěl. Někdy se dítě také nechá zlákat tlakem médií, jež poukazují na normálnost pohlavního života v dospívání (Hamanová, 2014).

Sexuální život u dospívajících může způsobovat řadu komplikací, a to jak zdravotních, tak i psychických (Hamanová, 2014). Sexuální život u dětí mladší 15 let je v České republice trestným činem, stejně jako sexuální zneužití či znásilnění nezletilé osoby nebo účast na pornografickém vystoupení, kde je účinkující osobou dítě (Mioviský et al., 2015).

1.2.7 Závislostní chování (adiktologie)

1.2.7.1 Látkové závislosti

Závislost, často užívaný pojem „syndrom závislosti,“ je návyk způsobený užíváním psychoaktivních látek, které mají vliv na činnost psychiky (Pavlovský, 2002 In: Fischer, Škoda, 2009). Ve chvíli, kdy vyvolají závislost, mluvíme o návykových látkách (Pavlovský, 2002 In: Fischer, Škoda, 2009). Vágnerová (2014) uvádí, že o závislosti hovoříme tehdy, přetrvávají-li její příznaky více jak jeden rok. Také zmiňuje, že mezi symptomy patří zejména silná touha látku užívat, neschopnost kontrolovat její užívání, potřeba drogy po tělesné i psychické stránce a s tím související abstinenční příznak, který se objevuje, když dojde ke snížení nebo úplnému vynechání drogy. Rozlišujeme závislost psychickou a fyzickou (Pavlovský, 2002 In: Fischer, Škoda, 2009). V případě nedostatečného přísunu drogy se začínají objevovat známky negativních emočních stavů, např. špatná nálada, obavy a nervozita (Kabíček, 2014).

Kouření tabáku, pití alkoholických nápojů a užívání nelegálních drog (marihuana, pervitin, heroin, extáze a další), to vše je třeba si vybavit pod termínem návykové látky, z toho jasně vyplývá, že kouření a alkohol se v České republice řadí do legálních drog,

to samozřejmě platí pro osoby dospělé, tedy starší 18 let (Miovský et al., 2015). Včasný začátek kouření tabáku a spotřeby alkoholu je zásadním ukazatelem vzniku problémů v pozdějším věku (Csémy et al., 2014). Kabíček (2014) uvádí čtyři stádia vzniku závislosti a to: fázi experimentu, fázi užívání, třetí fázi je tzv. problémové užívání, fáze závislosti.

Důvody vedoucí k užívání návykových látek jsou různé, jedná se jak o psychické, tak i sociální důvody (Vágnerová, 2014). Příčinami užívání legálních drog je celá řada, největším rizikem je podpora těchto látek společností, lehce a levně dostupný alkohol, módní trend a mnoho dalších (Petrišcová, 2016). V rozvinutých zemích je pravidelně prováděn výzkum sledující rozsah užívání návykových látek mezi dospívajícími, jedná se o projekt ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (Csémy et al., 2014).

Účinky užívání drog jsou v životě jedince devastující, jak v oblasti zdravotní, psychické, tak i sociální (Kabíček, 2014).

1.2.7.2 Nelátkové závislosti

I přes to, že v literatuře se s pojmem závislost pojí především návykové látky, do závislostního chování řadíme i závislosti nelátkové, které jsou v MKN označované jako návykové a impulzivní poruchy (Hucker, 2004 In: Fischer, Škoda, 2009). Munno et al. (2016) uvádí, že se jedná se o opakované dysfunkční chování, které sebou nese požití návykových látek. Autor dále podotýká, že závislostní chování je úzce spojeno s osobnostní charakteristikou jedince, protože lidé s problematickým chováním mají sklony k impulzivně, a naopak jsou méně náchylní k vyhýbání se nebezpečí. Fischer a Škoda (2009) zmiňují, že před uskutečněním činu prožívá osoba napětí, které se snižuje právě provedením činu, v tu chvíli zároveň nastává pocit vzrušení a uspokojení, u některých se záhy objeví výčitky a pocity viny, i přesto se příště činu opět dopustí.

Mezi návykové a impulzivní poruchy patří patologické hráčství (gambling), patologické zakládání požárů (pyromanie), patologické kradení (kleptomanie), vyškubávání vlasů (trichotillomanie) a jiné návykové a impulzivní poruchy (MKN-10, 1992 In: Fischer, Škoda, 2009). Do této poslední skupiny poruch řadíme např. intermitentní explozivní poruchu, jež se vyznačuje impulzivním agresivním chováním, dále závislost na práci (workoholizmus) nebo závislost spojenou s nakupováním (Fischer, Škoda, 2009).

Titíž autoři uvádí, že důvody vedoucí k uskutečňování návykových a impulzivních poruch mnohdy nedokáží vysvětlit ani samotní jedinci. Za příčiny vzniku jsou považovány faktory biologické, psychické i sociální (Fischer, Škoda, 2009).

Stejně jako návykové látky, tak i nelátkové závislosti vedou k řadě problémů (Fischer, Škoda, 2009). Následky těchto poruch mohou být nezákonné či dokonce kriminální (např. krádež) (Hucker, 2004 In: Fischer, Škoda, 2009).

1.2.8 Syndrom CAN

Z anglického Child Abuse and Neglect, neboli syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (Vágnerová, 2000; Švarcová 2002 In: Kalibová, Kaliba, 2014). Tito autoři uvádí, že jde o úmyslné (eventuálně i nevědomé) ubližování dítěti nejčastěji ze strany rodičů či jiných dospělých osob. Dále zmiňují, že toto chování je ve společnosti odmítané a nepřipustné, neboť je k dítěti přistupováno necitlivě, bezohledně a hrubě a poškozuje dítě po stránce psychické, tělesné i sociální, narušuje jeho vývoj, a dokonce mu může způsobit i smrt.

1.2.8.1 Týrání fyzické

Do této kategorie zahrnujeme veškeré úmyslné násilí s následným poraněním, jež je prováděné na dítěti (Hanušová, 2006). Takové poranění může vzniknout bitím, opařením, popálením či trestáním (Hanušová, 2006). Autorka dále uvádí, že sem zařazujeme i násilí, jež nemusí vykazovat známky poranění, jedná se o dušení či otrávení dítěte a ostatní podobné formy násilí, samozřejmě se může jednat i o násilí doprovázené při sexuálním zneužívání. Podotýká, že existuje i pasivní fyzické týrání, kterým je myšleno neuspokojování důležitých tělesných potřeb ani v té dostatečné míře. Rodiče o dítě nepečují, čímž dochází k jeho zanedbanosti, nepostačujícímu rozvoji schopností až ke zpustnutí dítěte a následné smrti (Vágnerová, 2014).

1.2.8.2 Týrání psychické

Hovoříme-li o týrání psychickém, které probíhá formou nadávek, ponižování, zesměšňování, opovrhování apod., jedná se o aktivní psychické týrání, to znamená, že dítěti se nepříznivá situace přímo děje (Hanušová, 2006). Dle autorky se však můžeme setkat i s psychickým týráním, v němž dítě nedostává, co by správně mělo (nezájem ze strany rodičů, nedostatek lásky). Uvádí, že za psychické ubližování se považuje i to, pokud je dítě neustále srovnáváno s nějakou osobou, nejčastěji se sourozencem, kterého

rodiče považují za chytřejšího, pořádnějšího, zkrátka lepšího v mnoha směrech. Týraný tak dostává méně lásky a je rodiči často odmítán (Hanušová, 2006). Pro dítě jsou velkou psychickou zátěží i nepřiměřené požadavky ze strany rodičů ve školní či zájmové oblasti nebo domácích povinností (Fischer, Škoda, 2009). Nezletilý může být psychicky týrán i v souvislosti s rozvodem rodičů (Fischer, Škoda, 2009).

1.2.8.3 Sexuální zneužívání

Touto formou dochází k sexuálnímu uspokojení dospělé osoby dítětem, v některých případech je dítě zneužíváno i k prostituci či pornografiím (Vágnerová, 2014). Následně je nezletilý psychicky vydírán či trestán k naprosté mlčenlivosti, dítě ze strachu a mnohdy i z obav reakcí okolí, opravdu mlčí (Vágnerová, 2014).

Hanušová (2006) uvádí, že sexuální zneužívání může být bezdotykové i dotykové. Za bezdotykové formy považuje například exhibicionismus či účast dítěte při sledování pornografických videozáznamů či časopisů apod. K dotykovému sexuálnímu zneužívání dochází při dotýkání intimních partií, pohlavnímu styku a ostatních druzích sexu, včetně znásilnění (Hanušová, 2006).

1.2.8.4 Zanedbávání

Hanušová (2006) podotýká, že v souvislosti se syndromem CAN je zanedbávaným dítětem myšleno dítě, jež nemá dostatek podnětů ke správnému psychickému a fyzickému rozvoji. Zmiňuje také, že mezi nejzávažnější případy zanedbanosti, patří sociální izolovanost jedince od lidské společnosti. Špatné chování rodičů, lidé s poruchami osobnosti či psychickým onemocněním, osoby závislé na drogách či alkoholu, mladí a nezralí rodiče, rodiče, jež kladou na své dítě až příliš vysoké nároky, rodiče, jež byli sami v dětství týráni či lidé s poruchami v sexuální oblasti jsou možnými důvody týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte (Skasková, 2016).

1.2.9 Poruchy příjmu potravy

Dle Rabocha (2012) se jedná o psychická onemocnění, charakteristická poruchami myšlení vztahujícími se k jídlu a k vnímání vlastního těla. Krch (2012) podotýká, že jedinec trpící touto poruchou má až patologický strach z tloušťky, přehnaně hlídá svou tělesnou hmotnost, je nespokojen se vzhledem vlastní postavy a neustále usiluje o snížení své váhy. Autor uvádí, že na základě toho má jedinec snížené sebevědomí a s tím spojené obtíže v oblasti sociální i somatické. Tyto příznaky jsou typické pro mentální anorexii

a mentální bulimii, které řadíme do poruch příjmu potravy a které se vyskytují u obou pohlaví, ale především u dívek a nejčastěji v období dospívání, přičemž ovlivňují vývoj osobnosti jedince i jeho pracovní a sociální dovednosti (Krch, 2012). O poruchách příjmu potravy a jejich diagnóze se hovoří v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) i v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace (Krch, 2005).

Příčiny vzniku těchto poruch se zatím nepodařilo přesně určit, domněnkou jsou například traumatické zážitky z perinatálního období, brzké odloučení od rodičů, vyskytující se obezita u blízkých lidí, vrozená predispozice (u mentální anorexie až z 50 %), sexuální zneužití, ale i působení médií poukazujících na ideální postavu žen i mužů (Raboch, 2012).

1.2.9.1 Mentální anorexie

Krch (2002) uvádí, že výsledkem abnormálně nízké tělesné váhy je úmyslné odmítání stravy až hladovění, v některých případech i nadměrné cvičení či užívání projímadel nebo jiných prostředků vedoucích ke zhubnutí. I přes to, jedinec dále trpí strachem z obezity a zkreslenou představou o svém těle (Krch, 2002). Zvláštní je, že hladovění nemusí být vždy spojeno s nechutenstvím k jídlu, u některých pacientů převládá někdy až zvýšená chuť k jídlu, rádi vaří a sbírají nové recepty, i přesto stravu odmítají, protože jíst nechtějí (Krch, 2005). Tento autor také zmiňuje, že za abnormálně nízkou tělesnou hmotnost je považována hmotnost, jež je udržována pod 15 % odpovídající normy. Minimální úroveň tělesné váhy závisí na dané věkové skupině a výšce pacienta (Krch, 2005).

Krch (2002) podotýká, že vyhublost sebou přináší řadu následků, např. opožděný či zastavený tělesný růst, u dívek může dojít k nevyvíjení prsou, k poruše menstruačního cyklu, a tím až k zastavení vývoje kostí, u chlapců k poruše vývoji genitálií. Autor dále zmiňuje, že menstruační cyklus u anorektiček přetrvává jen v případě, že dívka užívá menstruační přípravky. Tělesný vývoj může být normálně dokončen až tehdy, pokud dojde k návratu přiměřené tělesné váhy (Krch, 2002).

Pokud jedinec trpící anorexií se současně přejídá, následně zvrací nebo bere projímadla, hovoříme o tzv. bulimickém typu mentální anorexie (Krch, 2002). U tohoto typu se můžeme setkat s poruchami nálad, závislostí na alkoholu a drogách, sebepoškozováním až sebevraždou a dalšími psychopatologiemi, i přesto, že je tento typ velmi podobný samotné bulimii, je zde nutná hospitalizace a rozdílná terapie (Krch,

2002). Pokud u pacienta k opakovanému přejídání nedochází, jedná se o nebulimický typ mentální anorexie (Krch, 2005). V některých případech je velice obtížné rozeznat anorexii od nechutenství způsobeného vlivem některého onemocnění, proto je důležité vždy nejdříve navštívit lékaře (Krch, 2002). S anorektickými příznaky se můžeme setkat i u toxikomanů, kteří jsou vyhublí, neboť trpí nechutenstvím (Krch, 2002).

1.2.9.2 Mentální bulimie

Dle Rabocha (2012) jsou pro mentální bulimii typické opakované záchvaty přejídání, které pacient nedokáže ovládnout, jeho myšlenky na jídlo jsou silné a touha neodolatelná. Autor uvádí, že během záchvatu, který trvá cca jednu až dvě hodiny, zkonsumuje jedinec velké množství potravy. Zároveň zmiňuje, že nemocný trpí strachem z tloušťky a přehnaně kontroluje svou tělesnou váhu. Záchvat přejídání tak střídá fáze vynuceného zvracení či průjmu, vyvolaného užitím projímadel či jiných léků na odvodnění, kromě toho nemocný také drží hladovku a nadměrně cvičí (Raboch, 2012). Opakovaným přejídáním je myšleno přejídání, k němuž dochází minimálně dva dny v týdnu po dobu tří měsíců (Krch, 2005).

Střídáním těchto fází dochází k velkým výkyvům tělesné hmotnosti během relativně krátkého časového období (Raboch, 2012). Jedinec trpí depresemi, výčitkami svědomí a sníženým sebehodnocením (Raboch, 2012). U mentální bulimie nedochází k závažnému úbytku tělesné váhy ani k trvalému zastavení menstruace (Krch, 2005).

Stejně jako u mentální anorexie, tak i u bulimie rozlišujeme dva typy, a to purgativní a nepurgativní (Krch, 2005). Pokud pacient ke snížení své tělesné hmotnosti záměrně vyvolává zvracení nebo používá léky na odvodnění, hovoříme dle autora o purgativním typu. Pokud využívá extrémního cvičení, diet či hladovění, jedná se o nepurgativní typ bulimie (Krch, 2005). Z toho vyplývá, že mentální bulimie nemusí být vždy doprovázena zvracením či jinými purgativními metodami (Krch, 2005). Bulimie se může vyskytnout i u osob, které drželi nepřiměřené diety či trpěli anorexií, protože dlouhodobé hladovění zvyšuje riziko přejedení (Krch, 2002). Přejídání a ztráta kontroly nad jídlem není výjimečná ani u lidí s depresivními či obsedantními poruchami a u mentálně retardovaných (Krch, 2005). Obvyklý je i současný výskyt bulimie a závislosti na alkoholu (Krch, 2005).

1.2.9.3 Další typy poruch příjmu potravy

Krch (2005) podotýká, že pokud u některých pacientů chybí v diagnóze jeden či více základních příznaků mentální anorexie či bulimie, MKN-10 označuje tyto případy za atypickou mentální anorexii nebo atypickou mentální bulimii. Dále uvádí, že u nespecifikovaných poruch (psychogenní ztráta chuti k jídlu nebo abnormální chutě u dospělých) se dle MKN-10 můžeme setkat s označením Jiné poruchy příjmu potravy, zatímco DSM-IV všechny tyto případy označuje jako Jinak nespecifikované poruchy příjmu potravy. Spadají sem například případy, kdy pacientka splňuje všechna diagnostická kritéria pro mentální anorexii, ale má pravidelnou menstruaci i bez užívání antikoncepce nebo situaci, kdy se u nemocného projeví všechny příznaky nemoci, ale kvůli frekvenci některých z nich nelze tuto poruchu diagnostikovat (Krch, 2005). Dle MKN (ÚZIS, 2013) řadíme mezi poruchy příjmu potravy i tzv. přejídání spojené s psychologickými poruchami, které často vede k nadváze či obezitě. K přejídání dochází na základě stresujících situací, kterými mohou být např. úmrtí blízké osoby či nehoda a podobně (ÚZIS, 2013). Nutno podotknout, že obezita jako taková do poruch příjmu potravy nepatří (ÚZIS, 2013). Krch (2005) uvádí, že přejídání spojené s psychologickými poruchami se od přejídání u mentální bulimie liší především v tom, že po přejedení nenastupuje kompenzační chování, dochází k němu nejméně dva dny v týdny po dobu šesti měsíců a ve spojitosti se záchvaty přejídání dochází k úzkosti. Dle MKN řadíme do této kategorie ještě zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami a porucha příjmu potravy nervového systému (ÚZIS, 2013).

Na závěr této kapitoly je důležité zmínit ještě další tři typy stravovacích poruch, a to tzv. Drunkorexii, Ortorexii a Bigorexii, které jsou méně známé, ale stejně jako anorexie nebo bulimie, mohou být velice nebezpečné, až života ohrožující (Martykánová, Piskáčková, 2010). Ani jedna z těchto tří poruch dosud není zařazena do seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí (Martykánová, Piskáčková, 2010).

Drunkorexie je psychické onemocnění, jež je typické především u studentů vysokých škol (Barry, Piazza-Gardner, 2012). Jak dále uvádí tento autor, cílem nemocných je snížit počet kalorií, za účelem konzumace alkoholických nápojů, tím dosahují především snižováním příjmu potravy a nadměrným cvičením, ale také využíváním různých prostředků, jako např. proplachováním či zvracením. Dá se říci, že jde o kombinaci dvou problémů, anorexie a zneužívání alkoholu (Barry, Piazza-Gardner, 2012). Jestliže nedochází ke stravování před konzumací alkoholu, může nastat otrava alkoholem, což vede ke zvýšenému riziku poškození mozku či orgánů

a kognitivním poruchám (Hunt, Forbush, 2016). Kromě toho autor uvádí, že může samozřejmě docházet k řadě dalších zdravotních obtíží, včetně poruch funkce ledvin. Užívání alkoholu přispívá též ke zraněním, fyzickým útokům, napadením, neplánovaným sexuálním aktivitám, depresím, ale i k úmrtí (Barry, Piazza-Gardner, 2012).

Ortorexie je až patologická posedlost biologicky čistou, organickou a zdravou stravou (Sanlier et al., 2016). Jedinec odmítá jakoukoliv chemicky ošetřenou stravu, potraviny obsahující aditiva či kontaminující látky (Martykánová, Piskáčková, 2010). Autorky podotýkají, že touto poruchou jsou ohroženi především vegani, makrobiotici, osoby vyznávající syrovou stravu či další alternativní výživové směry. Dále uvádí, že včetně touhy být zdravý, lze za příčiny vedoucí k rozvoji ortorexie považovat např. zvýšení sebeúcty a sebevědomí, touhu po štíhlé postavě, hledání vlastního já, dychtivost mít vše pod kontrolou apod. Následky tohoto onemocnění vedou ke značným dietním omezením a následným zdravotním komplikacím (Sanlier et al., 2016). Problémy se mohou vyskytnout i v oblasti sociální, kdy chování jedince brzdí jeho schopnost účastnit se běžné společnosti (Bratman, 2014). V některých případech se může stát, že si postižená osoba přináší své vlastní jídlo do restaurací či na večírky (Bratman, 2014).

Bigorexie, někdy označována jako svalová dysmorfická porucha, Adonisův komplex či obrácená anorexie, je porucha vnímání vlastního těla (Babicz-Zielinska et al., 2013). Dle autorky, osoba s touto poruchou až přehnaně cvičí, neboť je nespokojena se svým vzhledem, podstupuje přísné diety, kontroluje tělesnou hmotnost a někdy užívá anabolické steroidy. Dodává, že příčiny tohoto onemocnění nejsou dobře známy, proto je potřeba důkladnějších vyšetření. Trpí jí převážně muži, kteří tráví mnoho času v posilovnách, až pět a více hodin denně cvičí (Babicz-Zielinska et al., 2013). Autorka uvádí, že jedinec má problémy v mezilidských vztazích a vyhýbá se kontaktu s prostředím. Ukázalo se také, že lidé trpící bigorexií jsou vystaveni závažnějším psychickým problémům, které mohou končit až sebevraždou, výjimkou není ani nízké sebevědomí, deprese a nervozita (Babicz-Zielinska et al., 2013). Stejně jako u ortorexie může i zde dojít k narušení sociální vztahů, depresím či úzkostem (Martykánová, Piskáčková, 2010). Autorky dodávají, že při velké fyzické zátěži, v posilovnách bez regenerace, může dojít k poškození pohybového aparátu a přebytečné množství svaloviny zatěžuje jak kosti, tak i klouby. Častá konzumace bílkovin a cukrů narušuje funkci ledvin a jater, nakonec může dojít k vážnému poškození zdraví až úmrtí (Martykánová, Piskáčková, 2010).

2 Primární prevence rizikového chování

Primární prevence rizikového chování má interdisciplinární povahu, spolupracuje především s pedagogikou, psychologií, sociologií a s dalšími důležitými obory, zároveň je pro ni typická mezisektorovost, kdy dochází k vzájemnému rozvíjení jednotlivých programů a přístupů v mnoha rezortech (školském, sociálním zdravotnickém) a ministerstvech (Miovský et al., 2015).

Miovský et al. (2015) zmiňuje, že MŠMT rozděluje primární prevenci na specifickou a nespécifickou formu. Podotýká, že specifická prevence zahrnuje takové aktivity a programy, které jsou zaměřeny přímo na konkrétní formy rizikového chování, zatímco za nespécifickou prevenci považujeme jakékoliv aktivity (volnočasové, sportovní, zájmové apod.) a programy. Ovšem pro primární prevenci rizikového chování jsou důležité specifické programy, které jsou zaměřeny přímo na určitou cílovou skupinu, neboť pouhá nabídka různých volnočasových aktivit není dostačující (Miovský et al., 2015). Autor dále podotýká, že specifické programy však musí pro svou efektivnost splňovat několik požadavků a cílů, které jsou blíže rozpracovány v obecných a speciálních standardech MŠMT.

Existují tři úrovně provádění specifické prevence, a to v závislosti na mnoha faktorech, jako je intenzita programu, prostředky a nástroje programu apod., jedná se o tyto úrovně (Gallá et al., 2005 In: Miovský et al., 2015):

- a) Primární prevence všeobecná, která je zaměřena na děti a mládež obecně, přičemž bere zřetel jen na věkové složení, popřípadě na možné zvláštnosti. Jedná se o programy, jež jsou určeny pro větší počet osob a je zde dostačující úplné vzdělání školního metodika prevence a nejlépe se zkušenostmi.
- b) Primární prevence selektivní, oproti všeobecné primární prevenci, klade důraz na rizikové faktory. Zajímá se tedy o skupiny osob, pro které je charakteristický výskyt rizikových faktorů na základě, kterých dochází ke vzniku rizikového chování, tzn., že tyto skupiny jsou více ohrožené než ostatní. Zde se jedná o práci s menším počtem lidí, která už vyžaduje práci preventistů s odpovídajícím vzděláním, např. v oblasti psychologie, adiktologie apod.
- c) Primární prevence indikovaná pracuje s osobami, jež jsou výrazně vystaveni rizikovým faktorům nebo u kterých už jsou přítomny projevy rizikového chování. Zde je nezbytné včasné podchycení problému, posouzení specifík případu

a následné správné použití preventivních programů a intervencí či posoudit nutnost spolupráce s ostatními specialisty. To je úkolem preventisty či poradenského pracovníka, u kterých se vyžaduje psychologické, speciálně pedagogické nebo podobné vzdělání se školením v oblasti práce preventisty.

2.1 Primární prevence rizikového chování ve školství

Miovský et al. (2015) uvádí, že do školské prevence rizikového chování zahrnujeme soubor metod, přístupů a intervencí, které spadají do sektoru školství, v rámci, kterého jsou rozvíjeny a spravuje je rezortní legislativní rámec MŠMT. Zmiňuje také, že prevence je vázána na školy a školská zařízení a na služby či instituce, která jsou s nimi spojená. Autor dále uvádí, že cílovou skupinou jsou tedy děti a mladiství. Podotýká, že do školské primární prevence (viz Příloha 1) mnohdy samozřejmě vstupují i jiné rezorty, např. Ministerstvo vnitra či Ministerstvo zdravotnictví, neboť jsou pro primární prevenci některých typů rizikového chování neodmyslitelnou součástí. Avšak někdy tvoří dokonce dominantní roli v některé z oblastí prevence rizikového chování, i přesto, že se jedná o linii MŠMT (Miovský et al., 2015). V současnosti je stěžejním dokumentem Národní strategie primární prevence rizikového chování na období 2013-2018, která vychází z výsledků a závěrů jednání se školními poradenskými pracovníky, z aktuálních cílů apod. (MŠMT, 2013). Cílem Strategie je dosažení zdravého životního stylu, předcházení či snížení vzniku rizikového chování, snaha o dosažení kvality a efektivity preventivních programů a další (MŠMT, 2013).

2.1.1 Poradenská pracoviště ve školách

Miovský et al. (2015) ve své publikaci podotýká, že školní poradenské pracoviště poskytuje poradenské služby, jež jsou realizovány výchovným radcem, školním metodikem prevence a někdy též školním psychologem či speciálním pedagogem a vybraných pedagogů, kteří tvoří konzultační tým. Dále uvádí, že za poskytování těchto služeb zodpovídá buď ředitel školy či pověřený pracovník, ředitel je zodpovědnou osobou též v oblasti vytváření preventivních programů školy. Preventivní a poradenské programy by měly vycházet ze specifík školy i regionu a školské služby by měly být v součinnosti s regionálními službami školských poradenských zařízeních (Miovský et al., 2015). Účelem tzv. školního poradenského pedagogicko-psychologického poradenství je vytvoření vnitřního uspořádání komunikace ve škole, jehož účastníci budou tvořeni ředitelem školy, třídními učiteli a učiteli, kteří mají na starost volbu povolání na ZŠ či

úvod do pracovní sféry na SŠ, dále také pedagogy, jež jsou metodiky pro práci s nadanými žáky a v neposlední řadě jsou součástí i ostatní pedagogové (Miovský et al., 2015). Jak autor dále zmiňuje, tito učitelé tvoří již zmiňovaný konzultační tým a poskytují žákům a jejich rodičům podporu metodickou a konzultační. Součástí školního poradenského pedagogicko-psychologického poradenství je vytváření podmínek pro vzdělávání žáků, jež jsou mimořádně nadaní, ale i žáků ze sociálně znevýhodněného prostředí a žáků z různých etnik žijících v České republice (Miovský et al., 2015).

Pro vytváření kvalitnějších poradenských služeb ve školách je potřeba spolupráce se specializovanými poradenskými pracovišti ve školství (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra, střediska výchovné péče), ale také se zařízeními mimo školství (informačně-poradenská střediska úřadů práce) (Miovský et al., 2015). V neposlední řadě autor podotýká, že ke zkvalitnění služeb dále vede stanovení rolí, určení časového prostoru pro výkon služeb, zdokonalování znalostí školních poradenských pracovníků a společná práce.

2.1.2 Role školních poradenských pracovníků

Výchovný (kariérový) poradce řeší především problematiku kariérového poradenství, zejména ve spolupráci s třídními učiteli, a začlenění žáků se speciálními vzdělávacími potřebami ve škole (Miovský et al., 2015).

Miovský et al. (2015) uvádí, že školní metodik prevence se věnuje zejména oblasti prevence rizikového chování, ale také poradenským, metodickým, informačním a koordinačním činnostem, tato osoba též zodpovídá za minimální preventivní program. Autor dále dodává, že metodikem prevence ve školách může být osoba, jež je pedagogickým pracovníkem, tedy vykonává přímou pedagogickou činnost v ZŠ nebo SŠ a která je oprávněna k výkonu specializovaných činností v oblasti prevence rizikového chování. Nezbytné jsou samozřejmě i další potřebné kvalifikace (Miovský et al., 2015).

Školní psycholog či školní speciální pedagog se podílí na vytváření a uskutečnění školního programu, pracuje s jednotlivci i celými třídami, ale může se věnovat i metodické podpoře pedagogů v oblasti práce s dětmi s problémovým chováním (Miovský et al., 2015). Přičemž role školního psychologa též spočívá v časném rozpoznání výukových obtíží žáků, dále ve schopnosti brzkého odhalení příznaků rizikového chování a následném vytváření strategií (Miovský et al., 2015). Autor uvádí, že školní psycholog též pomáhá v krizových situacích (úraz, smrt blízké osoby, sebevražda či vražda). Dále podotýká, že sami učitelé by se měli naučit pracovat s těmito

žáky, což by mohlo přispět k včasnému odhalení rizikového chování. Školní psychologové se řídí etickým kodexem, jež byl přijat Asociací školní psychologie České republiky a zpracován Mezinárodní asociací školní psychologie (Miovský et al., 2015).

Součástí týmu jsou i třídní učitelé, kteří spolupracují se všemi předchozími poradenskými pracovníky (Miovský et al., 2015).

2.1.3 Minimální preventivní program a školní preventivní program

Metodický pokyn MŠMT určuje školám, školským zařízením a pedagogům postup pro tvorbu Minimálního preventivního programu, dále jen MPP (Miovský et al., 2015). MŠMT (2010c) uvádí, že se jedná o konkrétní dokument školy, jehož cílem je výchova a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, dále rozvoj v oblasti emočně sociální, komunikační a osobnostní. Ministerstvo dále zmiňuje, že MPP se snaží podporovat žáky v jejich vlastní aktivitě a dbá na vzájemnou spolupráci pedagogů, žáků a jejich zákonných zástupců. Tento program je zpracován na jeden školní rok a průběžně vyhodnocován, přičemž na konci školního roku je hodnocena kvalita a efektivita strategií primární prevence (MŠMT, 2010c).

Školní preventivní program (ŠPP) je součástí školního vzdělávacího programu vycházejícího z rámcového vzdělávacího programu (MŠMT, 2010c). ŠPP má vymezené krátkodobé i dlouhodobé cíle a je projektován tak, aby mohl být realizován, přičemž musí brát v potaz politické, sociální a další okolnosti, jak v rámci školy, tak i mimo ni (MŠMT, 2010c). Toto ministerstvo dále uvádí, že je zároveň důležité, aby program respektoval odchylky v prostředí školy, bránil nebo snižoval výskyt rizikového chování a snažil se studenty či žáky přimět k zodpovědnému rozhodnutí. Také podotýká, že škola tím chce samozřejmě docílit efektivity programu, který by měl pomáhat zejména ohroženým skupinám osob, tzn. minoritám, cizincům, dětem apod., a to především v oblasti ochrany jejich lidským práv. Program dále musí napomáhat ke zdravému stylu života a být podnětným k uskutečnění Minimálního preventivního programu (MŠMT, 2010c).

3 Orgán sociálně-právní ochrany dětí

OSPOD neboli orgán sociálně-právní ochrany dětí, lidově nazývaný jako „sociálka“, je orgánem veřejné moci (Smrž, 2016). Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí uvádí, že orgán sociálně-právní ochrany dětí se nachází na krajském úřadu, ministerstvu, Úřadu, obecním úřadu či obecním úřadu obce s rozšířenou působností. Smrž (2016) podotýká, že OSPOD je většinou součástí odboru sociálních věcí, kde tvoří samostatné oddělení. Oddělení bývá zpravidla rozděleno na tři hlavní části, a to na úsek zabývající se péčí o rodinu a dítě, náhradní rodinnou péčí a úsek sociální kurately (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Tento zdroj dále uvádí, že zaměstnanci těchto úseků jsou odbornými pracovníky v dané problematice. Podotýká, že na některých úřadech, zejména těch menších, se často stává, že sociální pracovník vykonává činnost na více než jednom z úseků. Smrž (2016) zmiňuje, že kromě těchto specializovaných sociálních pracovníků, pracují na OSPOD také terénní sociální pracovníci, jejichž náplň práce je velmi obsáhlá. Nicméně podotýká, že nejčastěji pracují s dětmi, o které se rodiče nedostatečně starají nebo je ohrožují na zdraví či vývoji nebo se nacházejí v další takové situaci, která by se mohla dítěte zásadně dotknout. Všichni pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí se řídí zákonem č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí a dalšími navazujícími zákony (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Každé dítě podléhá konkrétnímu OSPODu, kde má svého klíčového pracovníka, který mu pomáhá s jeho nepříznivou sociální situací (Smrž, 2016).

Smrž (2016) uvádí, že hlavním posláním OSPOD je, jak už z názvu vyplývá, sociálně-právní ochrana dětí. Dále zmiňuje, že při výkonu své činnosti bere v potaz především zájem a blaho dítěte, ale také právo rodičů i dětí na rodičovskou péči i výchovu. O jaké děti se může OSPOD starat určuje právě zmíněný zákon (Smrž, 2016). Autor dále podotýká, že pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vykonávají především roli opatrovníka při soudních řízeních. Uvádí, že opatrovníkem je osoba, která hájí zájmy a práva dítěte, musí objektivně nahlížet na situaci a nesmí se nechat ovlivnit rodiči dítěte, ale naopak jednat v zájmu nezletilého. OSPOD má právo si vyžádat jednání s rodinou i dítětem, dále má právo na sociální šetření v rodině, a to i bez ohlášení, také si může vyžádat zprávy od různých zdrojů (lékař, škola atd.) a v neposlední řadě má právo, ale i povinnost spolupracovat s dalšími odborníky a podávat návrhy soudu (Smrž, 2016). Autor dodává, že ke všem těmto pravomocím musí mít OSPOD nějaký důvod. Uvádí, že

práce OSPOD je spjata nejenom s právy, ale i povinnostmi, těmi jsou například vyhodnocování potřeb a vypracování individuálního plánu dítěte, chránit rodinu i dítě a ustálit její funkce, také musí rodině podávat informace o všech svých krocích v projednávaném případě, týkající se rodiny, a dále je povinností OSPOD prověřit všechna oznámení, jež se jim dostanou a poskytnout pomoc všem, kteří o ní žádají.

3.1 Kurátor pro děti a mládež

Slovník sociálního zabezpečení (© 2016-2017) definuje kurátora pro děti a mládež jako specializovaného pracovníka na oddělení sociálně-právní ochrany dětí, který se zabývá nezletilými osobami, u nichž se vyskytuje rizikové chování nebo jsou ohroženi rizikovým chováním. V zásadě se může jednat o osoby s výchovnými problémy, dopouštějící se trestné činnosti či přestupků, často nemají úctu k rodičům či dalším dospělým, páchají útoky, záškoláctví, objevuje se u nich závislostní chování a další typy rizikového chování (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Z hlediska zákona se konkrétně jedná o osoby: „*c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, žijí se prostitutí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití; d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte*“ (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, str. 2, 1999). Slovník sociálního zabezpečení (© 2016-2017) podotýká, že kurátor se snaží pomoc těmto osobám pomocí různých opatření, vedoucích k zastavení, odstranění či opakování problémového chování. Dále uvádí, že s touto nepříznivou situací pomáhá i rodičům, zejména poskytováním sociálního poradenství, mimo jiné se kurátor účastní i výslechu nezletilého na Policii a v případě spáchání trestného činu, zastupuje nezletilého při soudním řízení. Samozřejmě spolupracuje se školou a dalšími odborníky zabývající se touto problematikou, např. se středisky výchovné péče, probační a mediační službou, věznicemi a často i s lékaři (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Stejně jako všichni zaměstnanci OSPOD, se i kurátoři řídí zákonem č. 359/1999 Sb. (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017).

4 Cíle práce a hypotézy

4.1 Cíle práce

1. Zjistit s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají.
2. Zjistit, zda pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování.

4.2 Hypotézy

1. Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí se setkávají se všemi devíti typy rizikového chování.
2. Poruchy příjmu potravy jsou pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímány jako rizikové chování.

5 Operacionalizace pojmů

Orgán sociálně-právní ochrany dětí neboli OSPOD je orgánem veřejné moci sídlícím zejména na městském úřadu, kde je většinou součástí odboru sociálních věcí (Smrž, 2016). Sociálně-právní ochranou se rozumí ochrana práva dítěte na jeho příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana jeho oprávněných zájmů a jmění a v neposlední řadě i snaha o obnovení narušených funkcí rodiny (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, 1999).

Pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí jsou odborní sociální pracovníci v dané problematice (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Jedná se o sociální kurátory pracující zejména s dětmi a mládeží s rizikovým chováním, dále jsou to sociální pracovníci zabývající se péčí o rodinu a dítě a sociální pracovníci zabývající se náhradní rodinnou péčí. (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017). Smrž (2016) podotýká, že součástí týmu jsou i terénní sociální pracovníci.

Rizikové chování je dle Miovského et al. (2015) takové chování, v jehož důsledku dochází k výskytu mnoha rizik pro jedince nebo společnost, a to především v oblastech výchovných, sociálních, zdravotních a jiných, které je typické především pro období adolescence. Autor dále uvádí, že v současnosti se vyskytuje devět typů rizikového chování, které jsou nejvíce rozšířené a nebezpečné, jedná se o: záškoláctví, extrémní projevy agrese včetně šikany, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobii, záporný vliv sekt, rizikové sexuální chování, závislostní chování, syndrom CAN a poruchy příjmu potravy.

Poruchy příjmu potravy jsou Rabochem (2012) definovány jako psychická onemocnění spočívající v poruše myšlení ve vztahu k jídlu a k vnímání vlastního těla. Tato patologie způsobuje nepřiměřené hodnocení proporcí a hmotnosti vlastního těla (Vágnerová, 2014). Krch (2012) uvádí, že se jedná především o mentální anorexii a mentální bulimii, ale i další méně známé typy.

6 Metodika

6.1 Použitá metodika

Pro zpracování výzkumu k praktické části byl použit kvantitativní výzkum, konkrétně metodou dotazování, technikou dotazníku. Punch (2008) uvádí, že princip kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými a v numerických datech, která jsou získána právě tímto měřením. Jak autor dále podotýká, výhodou tohoto výzkumu je jeho pružnost a široká použitelnost v mnoha oblastech.

Dotazník se skládá z výzkumných otázek, které vycházejí z obecných cílů výzkumu a transformují je do konkrétnější podoby (Punch, 2008). Na tyto výzkumné otázky lze odpovědět shromážděním informací od určité skupiny lidí (Punch, 2008).

Předkládaný dotazník (Příloha 2) začínal krátkým představením mé osoby a vysvětlením smyslu jeho vyplňování. Dále zde bylo stručně popsáno, pro koho je určen a jak budou později využity z něj získané informace. Na závěr nechybí poděkování, po kterém následuje soupis použitých výzkumných otázek.

Dotazník obsahoval celkem 11 otázek, přičemž první 2 otázky sloužily jako identifikační údaje respondentů. Zbylé výzkumné otázky byly vytvořeny tak, aby co nejlépe zodpověděly požadovaným cílům práce. Dotazník byl tvořen uzavřenými otázkami, kde respondenti měli na výběr z nabízených variant, přičemž u některých otázek byla možnost jen jedné odpovědi a u ostatních naopak více odpovědí. V dotazníku se ale objevily i otázky otevřené a jedna otázka polootevřená.

Dotazník byl vytvořen pomocí internetového portálu Survio a následně rozeslán, emailovou formou, určené cílové skupině respondentů. Z důvodů malé návratnosti byl dotazník, po telefonické domluvě, respondentům zaslán podruhé.

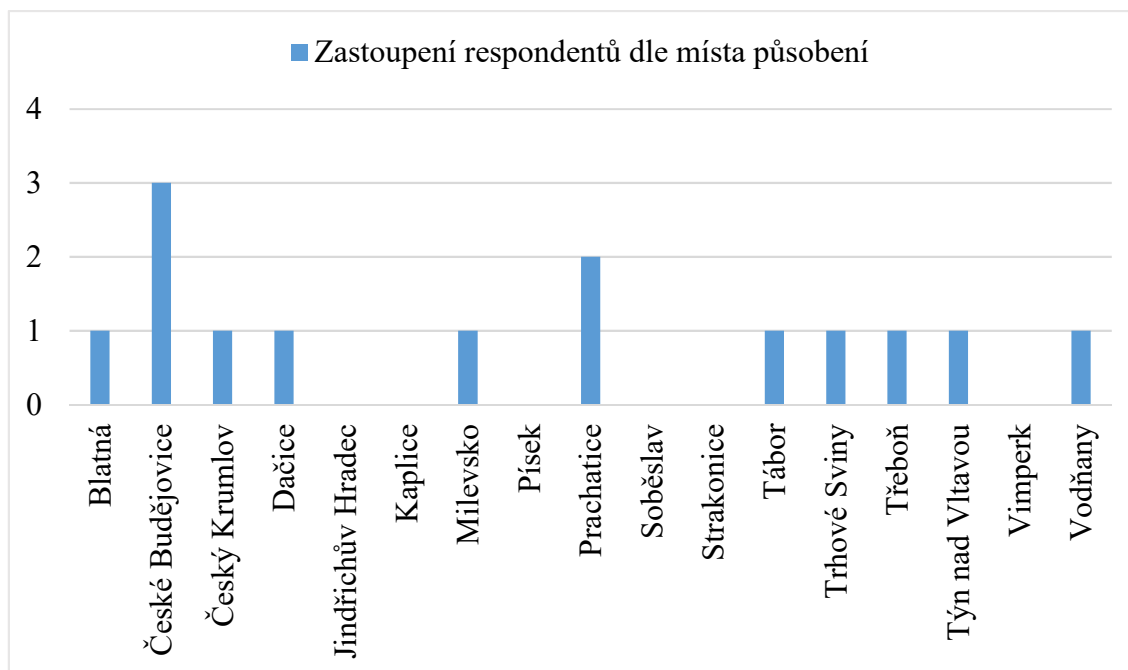
6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem byli kurátoři pro děti a mládež působící v Jihočeském kraji. Dotazníků bylo celkem rozesláno 33 a návratnost činila 14 dotazníků.

7 Výsledky výzkumu

Nyní přecházím k samotnému vyhodnocení dat a jejich následné interpretaci. Otázky jsem vyhodnotila, a následně znázornila do grafů či tabulek, které pomohou se ve výsledcích lépe orientovat.

Graf 1 – Identifikační údaje: Sídlo orgánu sociálně-právní ochrany dětí

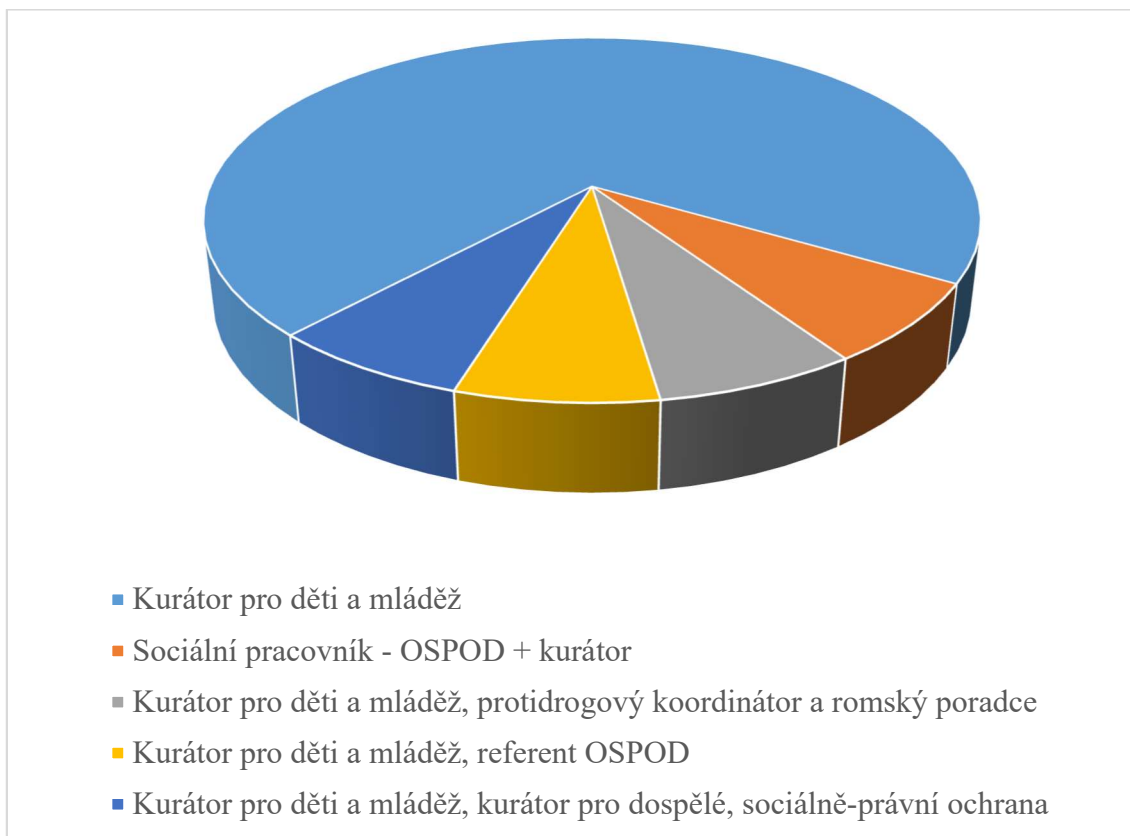


Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Dotazník vyplnilo celkem 14 respondentů působících na orgánu sociálně-právní ochrany dětí Jihočeského kraje.

Z nichž byli 3 respondenti z Českých Budějovic, 2 respondenti z Prachatic a poté vždy po jednom z Tábora, Dačic, Vodňan, Blatné, Českého Krumlova, Trhových Svinů, Týna nad Vltavou, Milevska a Třeboň. Spolupráce s respondenty působícími v Jindřichově Hradci, Kaplici, Písku, Soběslavi, Strakonici a Vimperku bohužel nebyla úspěšná.

Graf 2 – Identifikační údaje: Pracovní pozice



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Všech 14 respondentů vykonává pozici kurátora pro děti a mládež, přičemž u některých se jedná o kumulaci funkcí.

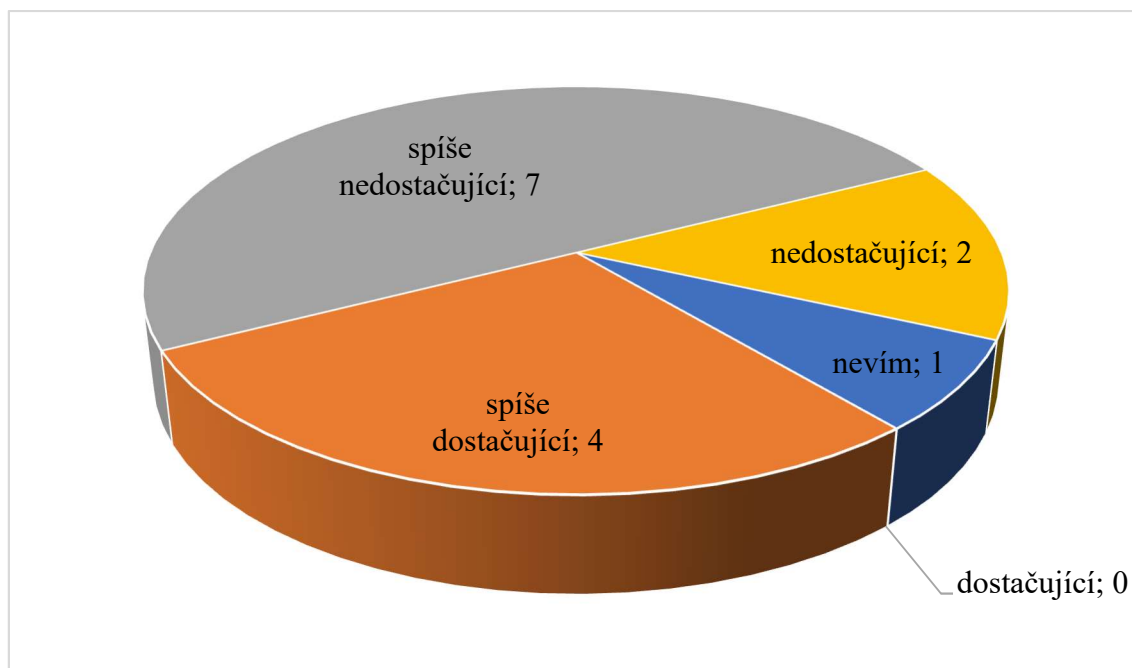
Tabulka 1 – Přibližné počty výskytů jednotlivých typů rizikového chování u klientů, se kterými se osobně setkali dotazovaní respondenti v rámci své práce na OSPOD

	R. 1 - Blatná	R. 2 - České Budějovice	R. 3 - České Budějovice	R. 4 - České Budějovice	R. 5 - Český Krumlov	R. 6 - Dačice	R. 7 - Milevsko	R. 8 - Prachatice	R. 9 - Prachatice	R. 10 - Tábor	R. 11 - Trhové Sviny	R. 12 - Třeboň	R. 13 - Týn nad Vltavou	R. 14 - Vodňany	Celkový počet výskytů jednotlivých typů rizikového chování v Jihočeském kraji	Celkový počet respondentů, kteří se setkali s daným typem rizikového chování
záškoláctví	15	0	50	50	72	50	20	10	102	60	25	15	20	3	492	13
šikana	2	0	5	1	3	20	5	5	54	28	5	10	5	0	143	12
kyberšikana	2	0	2	1	1	5	1	5	19	3	3	2	1	0	45	12
rizikové sporty	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	2
rizikové chování v dopravě	10	0	5	0	0	0	0	0	9	1	0	0	1	0	26	5
rasismus	0	0	2	0	0	0	0	0	6	2	0	0	2	0	12	4
xenofobie	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6	1
negativní působení sekt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3	3
sexuální rizikové chování	5	0	5	50	23	20	0	2	27	3	3	5	5	1	149	12
látkové závislosti	20	0	30	50	60	5	20	5	56	20	10	15	30	0	321	12
nelátkové závislosti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	5	0	10	4
syndrom CAN	1	0	0	0	0	0	1	0	24	0	3	0	0	0	29	4
poruchy příjmu potravy	1	3	0	1	52	0	0	1	3	2	0	2	0	0	65	8
jiné	0	0	180	0	0	0	0	0	0	3	0	0	25	4	212	4

Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Z tabulky je zřejmé, že se téměř všichni respondenti setkali se záškoláctvím, které i svým celkovým počtem výskytů, jež činí 492, značně převyšuje ostatní typy rizikového chování. Mezi druhé nejčastější typy, se kterými se shledalo 12 respondentů, patří šikana, kyberšikana, sexuální rizikové chování a látkové závislosti. S poruchami příjmu potravy se setkalo 8 dotázaných respondentů, a to celkem v 65 případech. Dle 5 respondentů se na čtvrté místo řadí rizikové chování v dopravě. 4 dotázaní uvedli, že se během své práce na OSPOD setkali s rasismem, nelátkovými závislostmi, syndromem CAN a jinými typy rizikového chování. V kategorii jiné rizikové chování, s celkovým počtem 212 případů, bylo kurátory odpovězeno takto: jízda v MHD bez platného dokladu 50x, přestupky 50x, trestné činy 50x, agresivita dětí vůči vrstevníkům a autoritám 25x, sebepoškozování 5x, sebepoškozování 3x, jinak trestné činy, krádeže a přestupky 25x, jinak trestné činy 4x. Šestým nejčastějším typem rizikového chování v Jihočeském kraji je negativní působení sekt, se kterým se setkali 3 respondenti. Pouze 2 dotázaní mají zkušenosti s klienty, jež se dopouštěli rizikových sportů a pouze 1 respondent se setkal s xenofobií.

Graf 3 – Názor respondentů na úroveň primární prevence rizikového chování ve školách

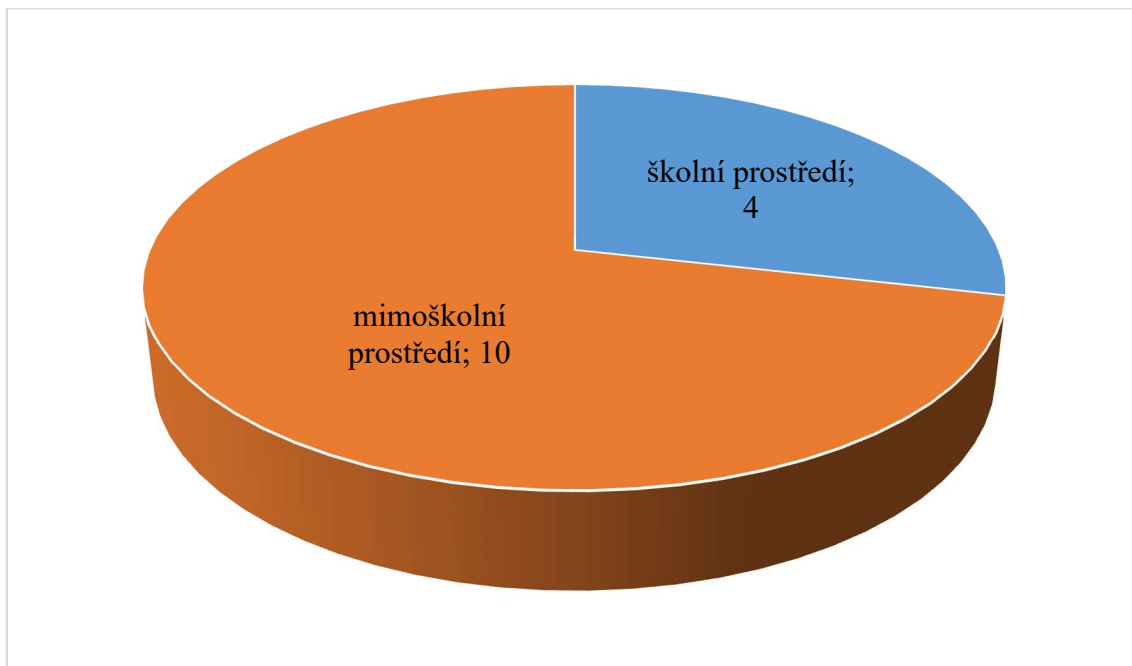


Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Graf 3 zachycuje, jaký je názor respondentů na úroveň primární prevence rizikového chování ve školách. 7 z nich odpovědělo, že je tato prevence spíše nedostačující,

4 odpověděli, že je spíše dostačující, 2 respondenti se přiklánějí k tomu, že je nedostačující a pouze 1 respondent odpověděl, že neví.

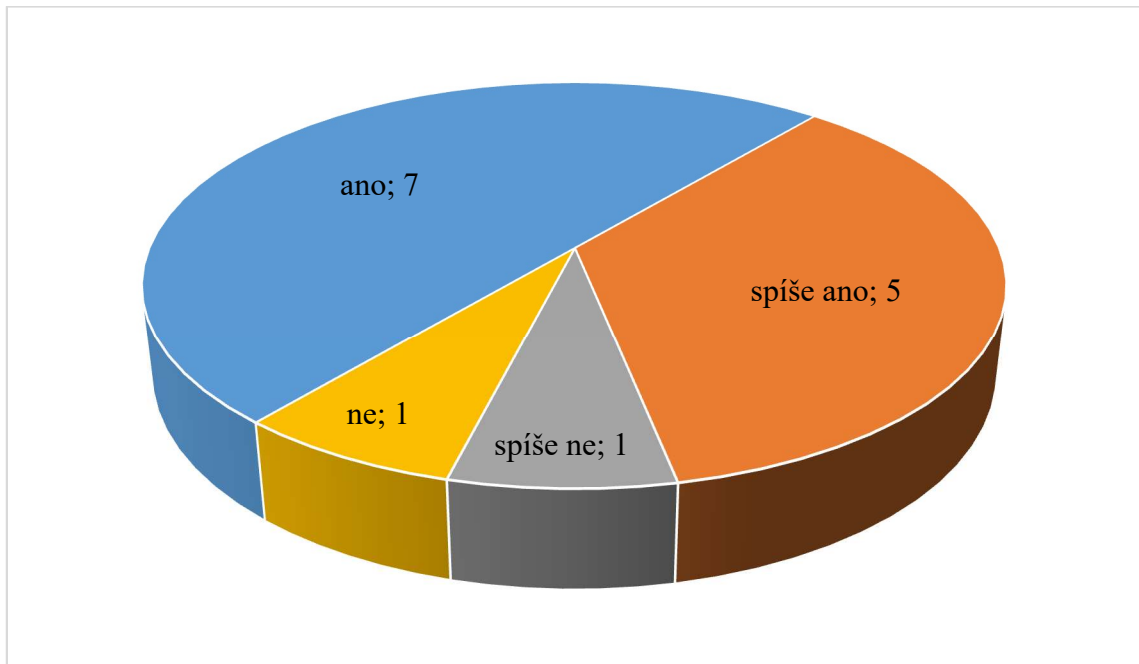
Graf 4 – Setkávání respondentů s výskytem rizikového chování ve školním a mimoškolním prostředí



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Tento graf ukazuje, kolik respondentů se setkala s rizikovým chováním ve školním a mimoškolním prostředí. Z celkového počtu 14 respondentů se s rizikovým chováním v mimoškolním prostředí setkala 10 respondentů a ve školním prostředí pouze 4 respondenti.

Graf 5 – Názor respondentů na zařazení poruch příjmu potravy do rizikového chování



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Na otázku, zda se respondenti domnívají, že poruchy příjmu potravy mají patřit mezi rizikové chování, převažovala odpověď ano, a to s počtem 7. K možnosti spíše ano se přiklonilo 5 respondentů. Možnost ne zvolil pouze 1 respondent, stejně jako možnost spíše ne.

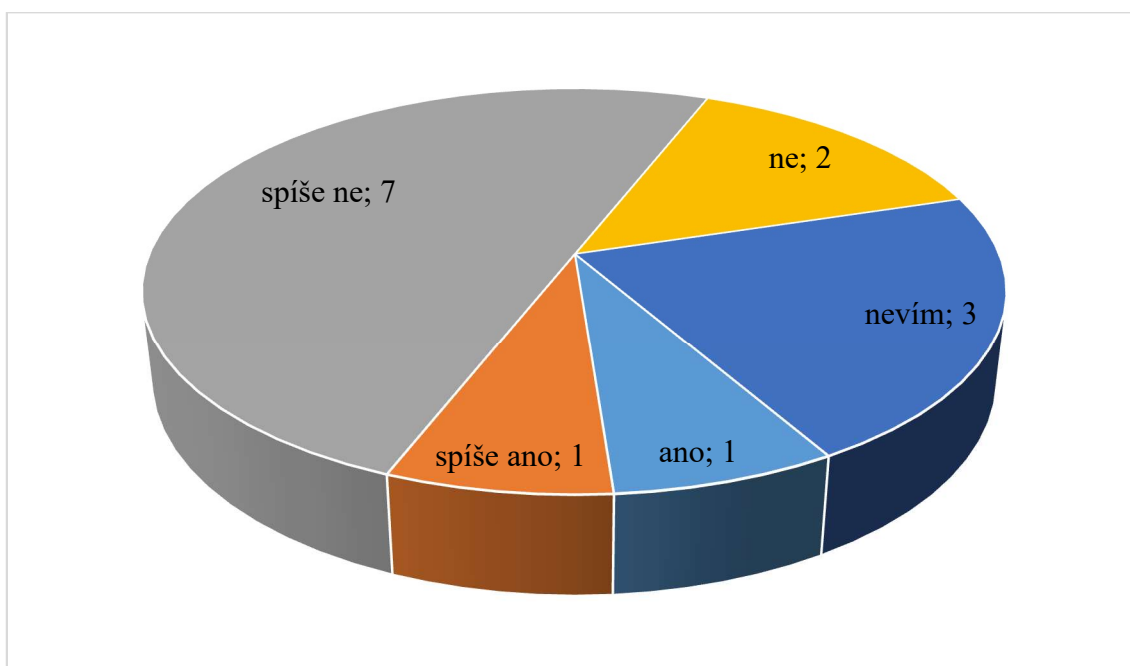
Tabulka 2 - Přibližné počty výskytů jednotlivých typů poruch příjmu potravy u klientů, se kterými se osobně setkali dotazovaní respondenti v rámci své práce na OSPOD

	R. 1 - Blatná	R. 2 - České Budějovice	R. 3 - České Budějovice	R. 4 - České Budějovice	R. 5 - Český Krumlov	R. 6 - Dačice	R. 7 - Milevsko	R. 8 - Prachatice	R. 9 - Prachatice	R. 10 - Tábor	R. 11 - Trhové Sviny	R. 12 - Třeboň	R. 13 - Týn nad Vltavou	R. 14 - Vodňany	Celkový počet výskytů jednotlivých typů rizikového chování v Jihočeském kraji	Celkový počet respondentů, kteří se setkali s daným typem rizikového chování
mentální anorexie	1	0	0	1	10	0	0	1	2	1	0	2	0	0	18	7
mentální bulimie	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
přejídání	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5	3
drunkorexie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ortorexie	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	1
bigorexie	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	1
jiné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní výzkum, 2017

V tabulce je zachyceno, že nejčastějším typem poruch příjmu potravy v Jihočeském kraji je mentální anorexie, neboť s touto poruchou se setkalo až 7 respondentů z celkového počtu 14 dotázaných. Z výsledků v tabulce je dále zřejmé, že druhou nejčastější poruchou příjmu potravy je přejídání, se kterým se shledali 3 respondenti. Zkušenost s mentální bulimií u svého klienta má pouze 1 respondent, to platí i u bigorexie a ortorexie. S drunkorexíí či jinými typy poruch příjmu potravy se neseťkal žádný z dotázaných respondentů.

Graf 6 – Názor respondentů na to, zda je, v rámci prevence ve školách, na problematiku poruch příjmu potravy a rizika s nimi spojená, brán dostatečný zřetel



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Z grafu 6 vyplývá, že 7 respondentů si myslí, že na prevenci rizikového chování ve školách spíše není brán dostatečný zřetel. K možnosti ne se přikláníjí 2 respondenti. Odpověď spíše ano zvolil pouze 1 respondent, stejně jako možnost ano. Odpověď nevím zvolili 3 respondenti.

Tabulka 3 – Příklady postupů jednotlivých respondentů při řešení poruch příjmu potravy u svých klientů

Odpovědi těch, kteří se s PPP u svého klienta již setkali.	Odpovědi těch, kteří se s PPP u svého klienta ještě neseťkali.
<ul style="list-style-type: none"> • Doporučím vyhledání odborné pomoci, s ohledem na skutečnost, že klienti nemají většinou náhled na vážnost situace, apelují především na rodiče, aby s dítětem vyhledali co nejdříve psychiatrickou péči. Spolupracuji s pediatrem nezletilé. • Odkáži na příslušného odborníka. • Spolupráce se školou, rodiči, případně širší rodinou. • Odkážeme na odborníky – psycholog, psychiatr, terapeut. • Situaci projednám s klientem a jeho rodiči (samostatně) a pokud mám podezření, že je to již rizikové a jde o poruchu, snažím se vysvětlit, že je potřebné obrátit se na odborníky a předám jim na některé kontakty. • Spolupráce s odborníkem v dané oblasti, práce s dítětem, rodinou. • Poslat ke specialistovi. • Upozornění rodičů. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zatím jsem se s tím neseťkal. • Jako kurátorka pro děti a mládež se s tímto problémem u klientů neseťkávám. • Nemám přímou zkušenost. • Ještě jsem se v rámci své praxe s poruchou příjmu potravy neseťkala. • Neseťkala jsem se s tímto druhem rizikového chování, přistupovat se musí vždy individuálně. • Pravděpodobně doporučím odbornou lékařskou péči – pedopsychiatr a intervenci psychologa. Případová konference, pokud není spolupráce se zákonnými zástupci a je ohroženo dítě na životě, může lékař podat návrh soudu na nařízení léčení, OSPOD podá návrh na nařízení předběžného opatření a umístění za účelem provedení komplexní diagnostiky – v případě potřeby probíhá vyšetření u pedopsychiatra a následně může být zajištěna hospitalizace.

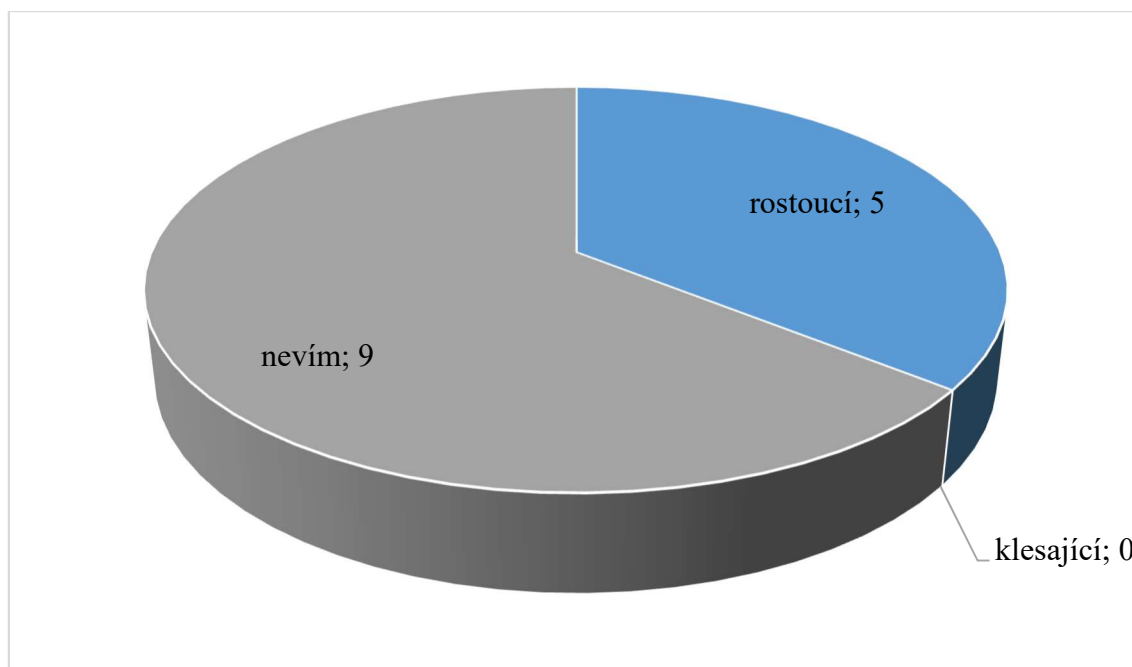
Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Tabulka 3 interpretuje jednotlivé odpovědi respondentů, týkající se postupu řešení poruch příjmu potravy u svých klientů.

V první části tabulky jsou zachyceny odpovědi těch, jež se během své práce na OSPOD již setkali s poruchou příjmu potravy u svých klientů. Zkušenost s tímto typem rizikového chování má 8 respondentů. V zásadě lze tyto odpovědi shrnout do dvou základních bodů – spolupráce s rodinou klienta a odkázání klienta na příslušnou odbornou pomoc.

Ve druhé části tabulky jsou zaznamenány odpovědi těch, kteří se během své práce na OSPOD zatím s poruchami příjmu potravy u svých klientů nesetkali. To je zřejmé i z jejich odpovědí. Konkrétně se jedná o odpovědi od 6 respondentů. Pouze 1 z dotázaných uvedl, jak by případně postupoval, pokud by se s poruchou příjmu potravy u svého klienta setkal. Z jeho odpovědi vyplývá, že by klienta odkázal na odbornou lékařskou péči.

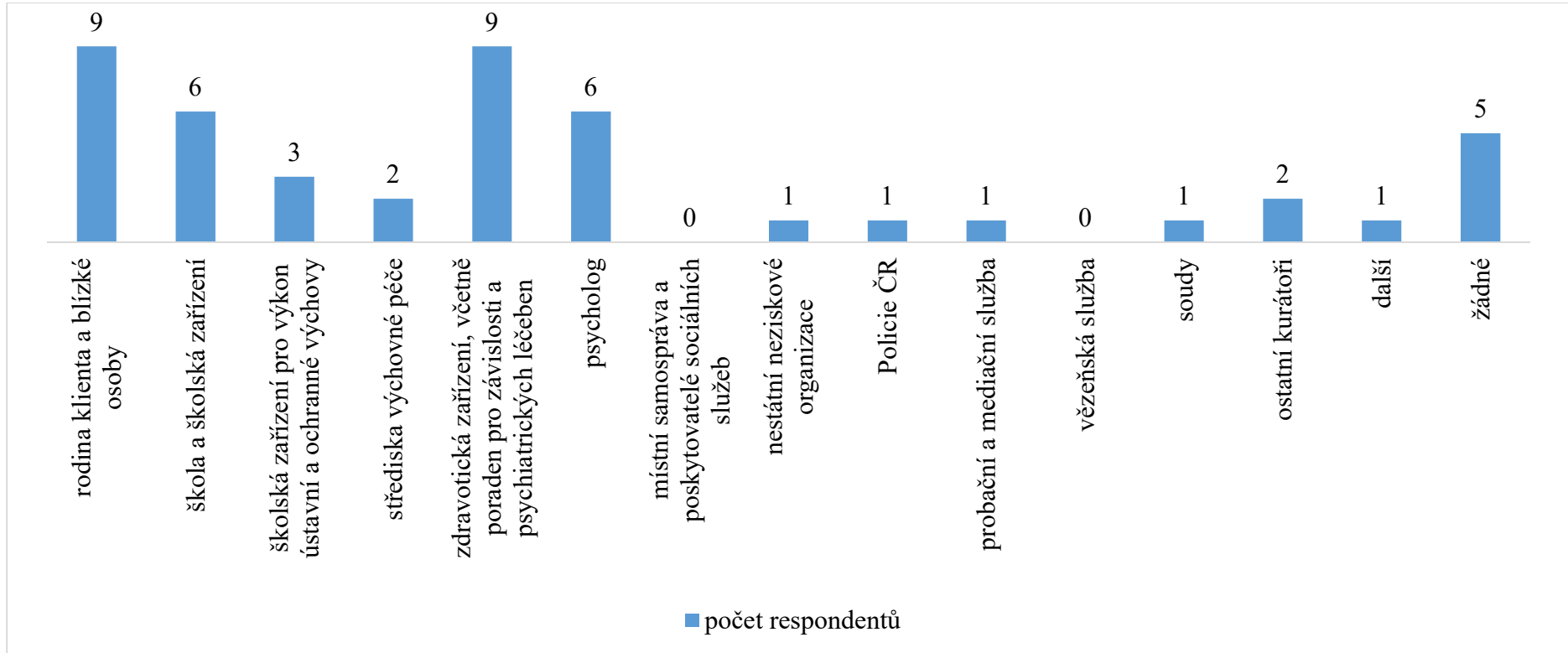
Graf 7 – Výskyt poruch příjmu potravy, v posledních letech, z pohledu respondentů



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Graf 7 ukazuje, kolik respondentů si myslí, že je výskyt poruch příjmu potravy u dětí, v posledních letech spíše klesající či rostoucí. K možnosti rostoucí, se přiklonilo jen 5 respondentů. K možnosti klesající se nepřiklonil nikdo ze všech 14 respondentů. A možnost nevím zvolilo 9 respondentů.

Graf 8 – Subjekty a organizace, se kterými respondenti nejčastěji spolupracují ve vztahu k řešení poruch příjmu potravy u svých klientů



Zdroj: vlastní výzkum, 2017

Na otázku, s jakými subjekty a organizacemi respondenti nejčastěji spolupracují ve vztahu k řešení poruch příjmu potravy u svých klientů, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Z grafu jasně vyplývá, že nejčastějším subjektem je rodina klienta a jeho blízké osoby. Tuto možnost zvolilo 9 ze 14 respondentů. Stejný počet se vyskytuje i u zdravotnických zařízení. Dalším nejčastějším spolupracujícím subjektem je psycholog a škola či školská zařízení, které zvolilo 6 respondentů. 3 dotázaní spolupracují se školskými zařízeními pro výkon ústavní a ochranné výchovy a 2 se střediskem výchovné péče a ostatními kurátory. Odpověď nestátní neziskové organizace, Policie ČR, probační a mediační služba a soudy zvolil vždy 1 z dotázaných. Možnost další zaškrtnul opět 1 z respondentů, přičemž k této odpovědi uvedl organizaci Arkáda Písek. Možnost žádné zvolilo 5 respondentů, neboť ti se s poruchami příjmu potravy nikdy nesetkali.

8 Diskuse

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají a zda vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování.

První 2 otázky v dotazníku byly zaměřeny na identifikační údaje respondentů. První z nich sloužila pro zjištění údajů týkajících se sídla orgánu sociálně-právní ochrany dětí, na kterém kurátor pro děti a mládež působí, jelikož mě zajímalo, k jakým městům se váží výsledky z dotazníku. Všechna města, i ta, která se mnou nespolupracovala, jsou uvedena v grafu 1. Druhá otázka sloužila k ověření požadované pracovní pozice výzkumného souboru, jelikož při rozesílání dotazníků nebylo zcela jasné, zda se jedná přímo o kurátora pro děti a mládež. Z výsledků této otázky vyplynulo, že všichni zúčastnění respondenti opravdu vykonávali tuto požadovanou pozici. Tento údaj byl pro mě klíčový, protože dle informací uvedených ve Slovníku sociálního zabezpečení (© 2016-2017) je specializovaným pracovníkem, pracujícím s rizikovým chováním nezletilých, právě kurátor pro děti a mládež.

Z dotazníkového šetření, do kterého se celkem zapojilo 14 kurátorů pro děti a mládež v Jihočeském kraji, vyplývá, že téměř všichni respondenti, konkrétně 13 respondentů, se osobně setkali u svých klientů, během svého působení na orgánu sociálně-právní ochrany dětí, se záškoláctvím. 12 dotázaných uvedlo, že se setkali se šikanou, sexuálním rizikovým chováním a látkovými závislostmi. Stejný počet dotázaných uvedl, že se setkal i s kyberšikanou. To je shodné s výrokem Čápa (2014), který zmiňuje, že kyberšikana je stále častěji vyskytující se rizikové chování, které spočívá v ponižování a ubližování jedince prostřednictvím elektronické komunikace, především narůstajícími sociálními sítěmi. Při sestavování dotazníku jsem sama předpokládala, že právě tyto typy rizikového chování budou nejčastější. Nepřekvapil mě ani značně převládající celkový počet výskytů u záškoláctví (viz. tabulka 1). Naopak velmi překvapená jsem byla při zjištění, že 8 ze 14 dotázaných se setkali s poruchami příjmu potravy. Méně respondentů se setkali s rizikovým chováním v dopravě, rasismem, nelátkovými závislostmi, syndromem CAN a jinými typy rizikového chování. V tabulce 1 je popsáno, jaké typy rizikového chování respondenti uvedli do kategorie jiné rizikové chování. Nejméně dotázaných se setkali s negativním působením sekt a rizikovými sporty, a pouze 1 respondent se setkal s xenofobií. V mém výzkumu se tedy nepotvrdilo to, co uvádí Mioviský et al. (2015), že v současné době patří mezi nejvíce rozšířené a nebezpečné typy rizikového chování právě tyto zmiňované typy.

Ani další zjištění se neshoduje s výroky tohoto autora, který podotýká, že rizikové chování je typické spíše pro školní prostředí. Ze získaných odpovědí je zřejmé, že většina respondentů se s rizikovým chováním setkává v mimoškolním prostředí.

Na otázku, k jakému stanovisku týkajícího se primární prevence rizikového chování ve školách se kurátoři pro děti a mládež spíše přiklánějí, odpověděla polovina kurátorů, že je spíše nedostačující, 2 dotázaní odpověděli, že je nedostačující a nikdo se nepřiklání k tomu, že je prevence dostačující. Tyto negativní odpovědi mě nemile překvapily, neboť MŠMT zpracovává řadu různých metodických pokynů a doporučení vztahujících se právě k primární prevenci rizikového chování, či jen některých jeho typů u dětí, žáků a studentů, která jsou určena školám a školským zařízením či poskytovatelům služeb souvisejících se vzděláváním a výchovou. MŠMT (2013) uvádí, že v současnosti je stěžejním dokumentem Národní strategii primární prevence rizikového chování na období 2013-2018, která vychází z výsledků jednání se školními poradenskými pracovníky apod., a jejíž cílem je dosažení zdravého životního stylu, předcházení či snížení vzniku rizikového chování, snaha o dosažení kvality a efektivity preventivních programů a další. Mimo to určuje MŠMT i metodický pokyn pro tvorbu Minimálního preventivního programu ve školách a školských zařízeních (MŠMT, 2010c). Tento program chce docílit výchovy a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, rozvoji v emočně sociální oblasti apod. (MŠMT, 2010c). S tímto programem úzce souvisí i Školní preventivní program, jehož cílem je snižovat výskyt rizikového chování, přimět žáky k zodpovědnému rozhodnutí a chránit lidská práva u ohrožených skupin osob (MŠMT, 2010c). V souvislosti se všemi těmito dokumenty a strategiemi jsou pro mě velice zarážející negativní odpovědi dotazovaných.

Druhým cílem mé bakalářské práce, jak už jsem výše zmiňovala, bylo zjistit, zda pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování. Kromě dvou dotazovaných, se respondenti přikláněli k odpovědi spíše ano či ano. S tím souvisí i další otázka, zaměřující se na to, zda respondenti považují výskyt poruch příjmu potravy v posledních letech za rostoucí či klesající. Většina respondentů se přikláněla k odpovědi nevím, ostatní respondenti odpověděli, že je výskyt těchto poruch dle jejich názoru rostoucí. K možnosti klesající, se nikdo nepřikláněl. Dalo by se říci, že u obou těchto otázek se potvrdilo to, co uvádí Miovský et al. (2015), který poruchy příjmu potravy do rizikového chování zařazuje, neboť z hlediska výskytu v populaci nabírají na důležitosti, ale i přesto podotýká, že ne všichni autoři je za rizikové chování považují.

Zajímalo mě, s jakými typy poruch příjmu potravy se respondenti nejčastěji setkávají u svých klientů. Jak jsem předpokládala, nejčastějším typem je mentální anorexie, se kterou se setkala 7 respondentů. Nečekala jsem však, že s mentální bulimií se setkal pouze 1 ze 14 dotázaných, neboť Krch (2012) uvádí, že mezi nejčastější poruchy příjmu potravy řadíme mentální anorexii a mentální bulimii. Z výsledků dále vyplynulo, že druhým nejčastějším typem poruch příjmu potravy je přejídání, které se dle Krcha (2005) od mentální bulimie liší v tom, že po přejedení nenastupuje kompenzační chování a na rozdíl od ostatních poruch příjmu potravy je pro přejídání typické vyšší zastoupení mužů a také to, že se objevuje spíše ve starším věku. Kromě těchto poruch příjmu potravy mě také velmi zajímalo, kolik respondentů se setkalo s méně známými, ale stejně nebezpečnými poruchami příjmu potravy, jako jsou tzv. Drunkorexie, Ortorexie a Bigorexie. Na rozdíl od mentální anorexie, bulimie či přejídání, zatím nepatří do seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí (Martykánová, Piskáčková, 2010). Na základě toho, že tyto poruchy příjmu potravy nejsou tak známé, jejich malý výskyt v Jihočeském kraji není překvapující. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že s ortorexií a bigorexií se setkal pouze jeden z dotázaných, s drunkorexií se neseťkal žádný z respondentů. Ovšem je třeba podotknout, že na tomto výsledku je přeci jenom něco pro mě velmi udivujícího, a to, že s těmito dvěma stravovacími poruchami se respondent/ka setkal/a v obou případech 20x, jak je znázorněno v tabulce 2.

Stejně jako na prevenci rizikového chování ve školách, jsem se v dotazníku dotazovala i na názor respondentů na prevenci poruch příjmu potravy ve školním prostředí. Není překvapivé, že i v tomto případě většina dotázaných odpověděla, že v rámci prevence ve školách na problematiku poruch příjmu potravy a rizika s nimi spojená, spíše není či vůbec není brán dostatečný zřetel. Výjimku tvořili ti, kteří se přikláněli k opačné odpovědi.

V rámci práce s klientem trpícím poruchou příjmu potravy jsem se v dotazníku zajímala i o to, jak respondenti postupují při řešení poruch příjmu potravy u svých klientů. Ti, co se v rámci práce na OSPOD s poruchami příjmu potravy u svých klientů zatím neseťkali, to zaznamenali i do svých odpovědí. Pouze 1 z této skupiny respondentů poznamenal, jak by postupoval v případě, že by se s takovým klientem setkal. Z jeho odpovědi vyplývá, že by klienta odkázal na odbornou lékařskou péči. Ti respondenti, kteří se osobně již setkali u svého klienta se stravovací poruchou, uvedli své postupy. Dá se říci, že se tito respondenti shodli na dvou základních postupech, a to na spolupráci s rodinou klienta a odkázání klienta na příslušnou odbornou pomoc. S touto otázkou úzce souvisí i následující poslední otázka, která zjišťuje, s jakými organizacemi a institucemi

kurátoři spolupracují ve vztahu k řešení poruch příjmu potravy u svých klientů. Na tuto otázku samozřejmě odpověděli jen ti, kteří se u svých klientů setkali se stravovací poruchou. 9 ze 14 dotázaných odpovědělo, že nejčastějším subjektem, se kterým spolupracují, je rodina klienta. Zde lze zpozorovat shodu s odpovědí v předešlé otázce. Stejný počet se vyskytuje i u zdravotnických zařízeních. O něco méně, konkrétně 6 respondentů, uvedlo, že spolupracujícím subjektem je škola a školská zařízení a také psycholog. Méně odpovědí se objevilo u školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy, středisku výchovné péče a u spolupráce s ostatními kurátory. Pouze 1 odpověď představovali nestátní neziskové organizace, Policie ČR, probační a mediační služba a soudy. Odpovědi respondentů na tyto 2 otázky se vcelku shodují i s informacemi uvedenými ve Slovníku sociálního zabezpečení (© 2016-2017), který uvádí, že kurátor pro děti a mládež řeší nepříznivou sociální situaci nejenom se samotným klientem, ale i s jeho rodinou, a to zejména poskytováním sociálního poradenství. Slovník dále podotýká, že kurátor spolupracuje i s Policií, a to například při výslechu nezletilého a v případě, že nezletilý spáchá trestný čin, zastupuje ho při soudním řízení. Mimo to spolupracuje i s dalšími organizacemi jako je škola, střediska výchovné péče, probační a mediační služba, věznice, lékaři a dalšími odborníky (Slovník sociálního zabezpečení, © 2016-2017).

Nejenom kurátoři, ale i ostatní pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí spolupracují s mnoha institucemi a organizacemi při řešení nepříznivé sociální situace u svých klientů. Smrž (2016) zmiňuje, že pracovníci OSPOD mají nejenom právo, ale mnohdy i povinnost spolupracovat s dalšími odborníky.

Závěr

V bakalářské práci jsem zaměřila svou pozornost na rizikové chování dětí a mládeže z pohledu kurátorů pro děti a mládež, působících na orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Teoretická část sloužila pro vymezení základních informací týkajících se rizikového chování, jeho nejčastějších typů a primární prevence ve školách. Dále jsem definovala orgán sociálně-právní ochrany dětí a zaměřila se především na kurátory pro děti a mládež.

V souvislosti s tímto tématem jsem si stanovila dva cíle, kterých bylo, dle mého názoru, úspěšně dosaženo. Prvním cílem bylo zjistit, s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají a zda vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování.

Na základě těchto cílů mě, pomocí dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 14 respondentů, zajímalo, s jakými typy rizikového chování se pracovníci OSPOD u svých klientů nejčastěji setkávají, jaký je jejich názor na primární prevenci rizikového chování ve školství a zda se s touto problematikou setkávají spíše ve školním či mimoškolním prostředí. V souvislosti s druhým cílem mě zajímalo, zda poruchy příjmu potravy mají patřit mezi rizikové chování, s jakými typy poruch příjmu potravy se pracovníci OSPOD u svých klientů nejčastěji setkávají a zda je na problematiku poruch příjmu potravy a rizika s nimi spojená, v rámci prevence ve školách, brán dostatečný zřetel. Dále také, jakým způsobem postupují ve vztahu ke klientovi, když zjistí, že se jedná o poruchu příjmu potravy, zda výskyt stravovacích návyků klesá či vzrůstá a s jakými subjekty a organizacemi nejčastěji spolupracují, ve vztahu k řešení poruch příjmu potravy, u svých klientů.

Z výsledků výzkumu jsem dospěla k tomu, že nejčastějším typem rizikového chování, se kterým se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí – kurátoři pro děti a mládež setkávají, je záškoláctví, poté šikana, kyberšikana, sexuální rizikové chování a látkové závislosti. 9 ze 14 dotázaných se přiklání k odpovědi, že primární prevence rizikového chování ve školství je spíše nedostačující či zcela nedostačující. Většina respondentů uvedla, že s výskytem rizikového chování se setkala spíše v mimoškolním prostředí nežli ve školním. Co se týče poruch příjmu potravy, tak nejčastějším typem je mentální anorexie. Většina dotázaných se přiklání k tomu, že poruchy příjmu potravy do rizikového chování mají patřit, i přesto si myslí, že, v rámci prevence ve školách, na ně není brán dostatečný zřetel. Kurátoři, kteří se během své práce na orgánu sociálně-právní

ochrany dětí setkali u svých klientů s poruchou příjmu potravy, uvedli, jako postup při řešení této situace, spolupráci s rodinou klienta a odkázání klienta na příslušnou odbornou pomoc. Za subjekt, s nímž nejčastěji spolupracují, považují též rodinu klienta a také zdravotnická zařízení.

Výsledky se neshodují s první hypotézou, ve které je stanoveno, že pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí se setkávají se všemi devíti typy rizikového chování. Z odpovědí respondentů je patrné, že polovina z nich se nikdy nesečkala s rizikovými sporty, rizikovým chováním v dopravě, rasismem, xenofobií, negativním působením sekt, nelátkovými závislostmi či syndromem CAN. V souladu s výsledky je naopak druhá hypotéza, která uvádí, že poruchy příjmu potravy jsou pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí vnímány jako rizikové chování.

Jako vlastní přínos hodnotím množství nově získaných informací o problematice rizikového chování a zjištění, že primární prevence rizikového chování je, dle pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí, považována za nedostačující. V souvislosti s tímto poznatkem bych, jako námět pro řešení v této oblasti, doporučovala zaměřit se přímo na primární prevenci a vytvořit propracovanější systém prevence proti rizikovému chování dětí a mládeže.

Výsledky výzkumu a další informace uvedené v mé bakalářské práci by mohly posloužit jako informační materiál pro pracovníky orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kteří mohou, na základě této práce, porovnat, jaké formy rizikového chování se nejčastěji objevují. Dále jako podklad pro pedagogy pracující s rizikovou skupinou žáků. Také by mohly posloužit pro zlepšení spolupráce mezi školou a pracovníky OSPOD či mezi pedagogy při tvorbě minimálního preventivního programu. V neposlední řadě může práce sloužit jako podklad další odborné práce na toto velmi obsáhlé téma.

Seznam použitých zdrojů

ALAN, J., 2008. Xenofobie a rasismus: úvodní poznámka sociologa. In: ŠIŠKOVÁ, T. et al. *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. Praha: Portál, s. 10-12. ISBN 978-80-7367-182-2.

AMBROŽOVÁ, K. et al., © 1996–2016. *Rizikové chování dětí a mladistvých: příčiny, následky, prevence* [online]. Praha: Děťství bez úrazů, o.p.s. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: http://www.urazydety.cz/download/publikace_rizikove_chovani.pdf

BABICZ-ZIELINSKA, E. et al., 2013. Eating disorders: Problems of contemporary civilisation – A review. *Polish Journal of Food and Nutrition Sciences* [online]. 63(3), 133-146, [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.2478/v10222-012-0078-0. Dostupné z: <http://journal.pan.olsztyn.pl>

BARRY, A. E., PIAZZA-GARDNER, A. K., 2012. Drunkorexia: Understanding the co-occurrence of alcohol consumption and eating/exercise weight management behaviors. *Journal of American College Health* [online]. 60(3), 236-243 [cit. 2017-03-10]. DOI:10.1080/07448481.2011.587487. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/toc/vach20/current>

BOURCET, S., GRAVILLONOVÁ, I., 2006. *Šikana ve škole, na ulici, doma: jak bránit své dítě: praktický průvodce pro rodiče, pedagogy a vychovatele*. Přeložila JANOŠKOVÁ, M. Praha: Albatros. 72 s. ISBN 80-00-01552-8.

BRATMAN, S., 2014. Orthorexia. *What is Orthorexia?* [online]. [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/what-is-orthorexia/>.

CSÉMY, L. et al., 2014. Epidemiologie – kouření, pití alkoholu a užívání drog mezi českými dospívajícími. In: KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, s 56-72. ISBN 978-80-7387-793-4.

ČÁP, D., 2014. Šikana ve školní třídě. In: KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, s. 151-161. ISBN 978-80-7387-793-4.

FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

FRIŠTENSKÁ, H., 2008. Pojmy xenofobie, rasismus, rasové násilí a rasová diskriminace. In: ŠIŠKOVÁ, T. et al. *Výchova k toleranci a proti rasismu: multikulturní výchova v praxi*. Praha: Portál, s. 12-34. ISBN 978-80-7367-182-2.

HAMANOVÁ, J., 2014. Rizika v oblasti reprodukčního zdraví. In: KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, s. 236-249. ISBN 978-80-7387-793-4.

HAMANOVÁ, J., CSÉMY, L., 2014. Syndrom rizikového chování v dospívání – teoretické předpoklady a souvislosti. In: KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, s. 32-48. ISBN 978-80-7387-793-4.

HANUŠOVÁ, J., 2006. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 24 s. ISBN 80-86991-78-4.

HO, S. S. et al., 2017. Comparing cyberbullying perpetration on social media between primary and secondary school students. *Computers and Education* [online]. 109(1), 74-84 [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.1016/j.compedu.2017.02.004. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360131517300271>

HUNT, T. K., FORBUSH, K. T., 2016. Is “drunkorexia“ an eating disorder, substance use disorder, or both? *Eating Behaviors* [online]. 22(1), 40-45 [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.034. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015316300460>

KABÍČEK, P., 2014. Stadia cesty do závislosti. In: KABÍČEK, P. et al. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton, s. 49-55. ISBN 978-80-7387-793-4.

KALIBOVÁ, P., KALIBA, M., 2011. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě v kontextu současného školství*. Hradec Králové: Gaudeamus. 92 s. ISBN 978-80-7435-507-3.

KOLÁŘ, M., 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál. 336 s. ISBN 978-80-7367-871-5.

- KRCH, F., 2002. *Mentální anorexie*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 80-7178-598-9.
- KRCH, F., 2005. Vymezení poruch příjmu potravy. In: KRCH, F. et al. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada. s. 15-25. ISBN 80-247-0840-x.
- KRCH, F., 2012. Poruchy příjmu potravy. In: FIALOVÁ, L., KRCH, F. *Pojetí vlastního těla-zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Koralinum. s. 198-200. ISBN 978-80-246-2160-9.
- MARTÍNEK, Z., 2015. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5309-6.
- MARTYKÁNOVÁ, L., PISKÁČKOVÁ, Z., 2010. Orthorexie a bigorexie – méně známé formy poruch příjmu potravy. *Výživa a potraviny*. 65(1), 15-16. ISSN 1211-846X.
- MIOVSKÝ, M. et al., 2015. *Prevence rizikového chování ve školství*. 2. vydání. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. 328 s. ISBN 978-80-7422-392-1.
- MPSV, 2014. *Informace k postupu orgánu sociálně-právní ochrany dětí v případech záškoláctví* [online]. Praha: MPSV [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7250>
- MŠMT, 2010a. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, příloha č. 2 - Rizikové chování v dopravě* [online]. Praha: MŠMT [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny?highlightWords=Metodické+doporučení+primární+prevenci+rizikového+chování+děti+mládeže>
- MŠMT, 2010b. *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže, příloha č. 9 – Extremismus, rasismus, xenofobie, antisemitismus* [online]. Praha: MŠMT [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-a-pokyny?highlightWords=Metodické+doporučení+primární+prevenci+rizikového+chování+děti+mládeže>
- MŠMT, 2013. *Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2013-2018* [online]. Praha: MŠMT [cit. 2016-12-17]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/file/28077?highlightWords=národní+strategie+primární+prevence+rizikového+chování>

MŠMT, 2016. *Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních* [online]. Praha: MŠMT [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/38988/>

MUNNO, D. et al., 2016. Addictive behaviors and personality traits in adolescents. *CNS Spectrums* [online]. 21(2), 207-213 [cit. 2017-03-10]. DOI: 10.1017/S1092852915000474. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/cns-spectrums/article/div-classtitleaddictive-behaviors-and-personality-traits-in-adolescentsdiv/0626387BB718EB9620919A3F3BE94A0C>

NIELSEN SOBOTKOVÁ, V. et al., 2014. *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-4042-3.

PETRIŠČOVÁ, A., 2016. *Závislostní chování* [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. [cit. 2016-12-17]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-ditete/zavislostni-chovani.shtml>

PUNCH, K. F., 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

RABOCH, J., 2012. Poruchy příjmu potravy In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton. s. 154-157. ISBN 978-80-7387-582-4.

ŘÍČAN, P., JANOŠOVÁ, P., 2010. *Jak na šikanu*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2991-6.

SANLIER, N. et al., 2016. Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of Food and Nutrition* [online]. 55(3), 266-278 [cit. 2017-03-10]. DOI:10.1080/03670244.2016.1150276. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03670244.2016.1150276>

SKASKOVÁ, P., 2016. *Syndrom CAN*. [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. [cit. 2016-12-17]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/rizikove-chovani-dospeleno-k-diteti/syndrom-can.shtml>

Slovník sociálního zabezpečení, © 2016–2017. *Orgán sociálně-právní ochrany dětí* [online]. MPSV [cit. 2017-01-12]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/organ-socialne-pravni-ochrany-deti-ospod.html>

SMRŽ, J. 2016. *Co se skrývá pod orgánem sociálně právní ochrany dětí*. [online]. Praha: Obecně prospěšná společnost Sirius, o.p.s. [cit. 2016-12-17]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/problemy-v-rodine/co-se-skriva-pod-organem-socialne-pravni-ochrany-deti.shtml>

ŠIRŮČKOVÁ, M., 2015. Rizikové chování. In: MIOVSKÝ, M. et al. *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze., s. 161-166. ISBN 978-80-7422-393-8.

TOLLAROVÁ, B. et al., 2013. *Jsmé lidé jedné Země: Program prevence xenofobie a rasismu*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0376-6.

ÚZIS, 2013. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. Praha: ÚZIS ČR [cit. 2016-12-17]. ISBN: 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

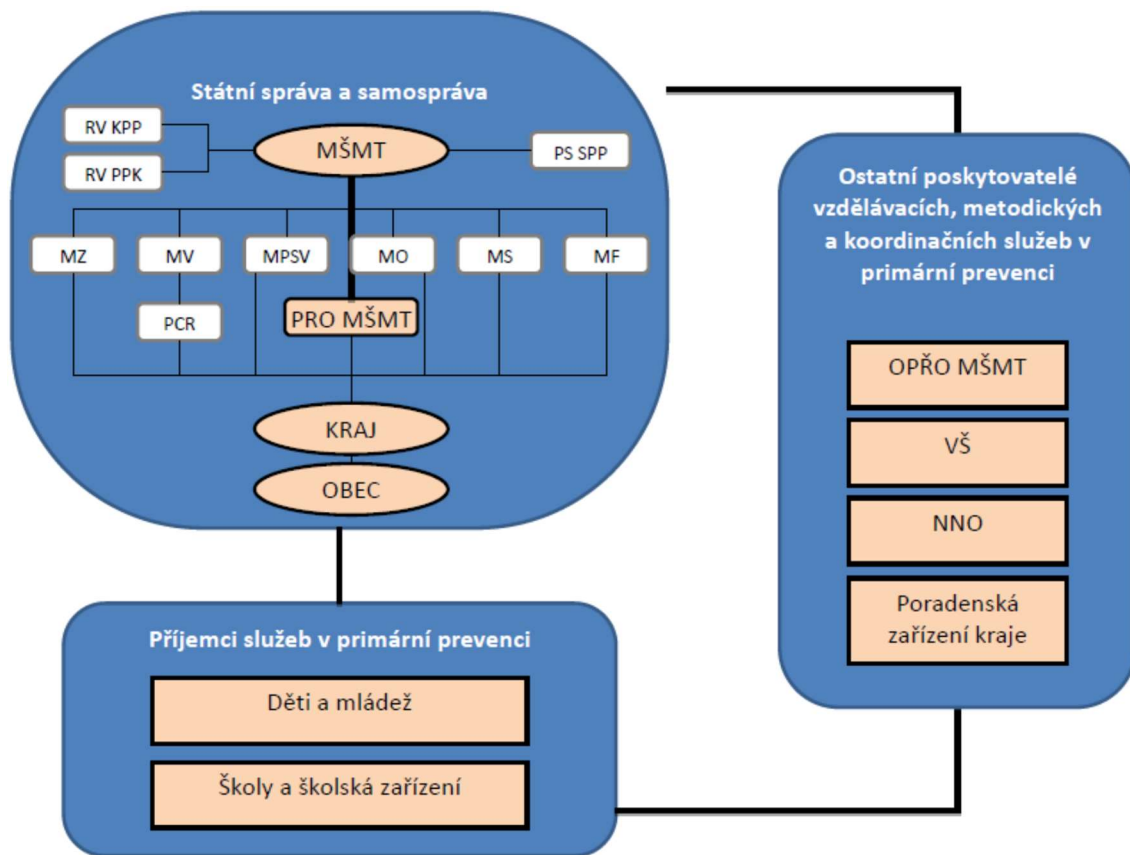
Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, 1999. [online]. [cit. 2016-12-17]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 111, s. 7662-7682. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Přílohy

Příloha 1: Schématické vyjádření koordinační role MŠMT v systému prevence rizikového chování ve školství

Příloha 2: Dotazník

Příloha 1: Schematické vyjádření koordinační role MŠMT v systému prevence rizikového chování ve školství



Zdroj: Miovský et al., 2015

Příloha 2: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Šestáková, jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory.

Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku k bakalářské práci, jejíž téma je „Rizikové chování z pohledu pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí“. Na základě tohoto dotazníku bych chtěla zjistit, s jakými podobami rizikového chování se pracovníci orgánu sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji setkávají a zda vnímají poruchy příjmu potravy jako rizikové chování.

Pro účely tohoto šetření je dotazník určený právě Vám, kurátorům pro děti a mládež, neboť se zabýváte výchovnými problémy, problematikou rizikového chování dětí a mládeže a dalším nežádoucím jednáním.

Veškeré Vámi sdělené údaje budou použity pouze pro studijní účely. Věnujte prosím několik málo minut svého času k vyplnění následujícího dotazníku.

Předem Vám moc děkuji za Vaše odpovědi a ochotu spolupracovat.

1. Na kterém orgánu sociálně-právní ochrany dětí působíte?

- Blatná
- České Budějovice
- Český Krumlov
- Dačice
- Jindřichův Hradec
- Kaplice
- Milevsko
- Písek
- Prachatice
- Soběslav
- Strakonice
- Tábor
- Trhové Sviny
- Třeboň

- Týn nad Vltavou
- Vimperk
- Vodňany

2. Na které pozici pracujete? (uved'te)

3. V rámci své práce na OSPOD, napište přibližný počet, kolikrát jste se osobně setkal/a s jednotlivými typy rizikového chování u Vašich klientů.

- Záškoláctví
- Šikana
- Kyberšikana
- Rizikové sporty
- Rizikové chování v dopravě
- Rasismus
- Xenofobie
- Negativní působení sekt
- Sexuální rizikové chování
- Látkové závislosti (drogy, alkohol apod.)
- Nelátkové závislosti (gambling, pyromanie, kleptomanie a další)
- Syndrom CAN
- Poruchy příjmu potravy
- Jiné (v případě, že jste se u Vašich klientů setkal/a s jinými typy rizikového chování, uveďte název i počet)

4. K jakému stanovisku byste se spíše přiklonil/a?

(vyberte jednu odpověď)

- Úroveň primární prevence rizikového chování ve školách je dostačující
- Úroveň primární prevence rizikového chování ve školách je spíše dostačující
- Úroveň primární prevence rizikového chování ve školách je spíše nedostačující
- Úroveň primární prevence rizikového chování ve školách je nedostačující
- Nevím

5. Setkáváte se s výskytem rizikového chování spíše ve školním či mimoškolním prostředí?

(vyberte jednu odpověď)

- Školní prostředí
- Mimoškolní prostředí

6. Domníváte se, že poruchy příjmu potravy mají patřit mezi rizikové chování?

(vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

7. V rámci své práce na OSPOD, napište přibližný počet, kolikrát jste se osobně setkal/a s jednotlivými typy poruch příjmu potravy u Vašich klientů.

- Mentální anorexie
- Mentální bulimie
- Přejídání
- Drunkorexie
- Ortorexie
- Bigorexie
- Jiné (v případě, že jste se u Vašich klientů setkal/a s jinými poruch příjmu potravy, uveďte název i počet)

8. Domníváte se, že je, v rámci prevence ve školách, na problematiku poruch příjmu potravy a rizika s nimi spojená brán dostatečný zřetel?

(vyberte jednu odpověď)

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne
- Nevím

9. Jakým způsobem postupujete ve vztahu ke klientovi, když zjistíte, že se jedná o poruchu příjmu potravy? (vypište)

10. Je, dle Vašeho názoru, výskyt poruch příjmu potravy u dětí v posledních letech spíše:

(vyberte jednu odpověď)

- Rostoucí
- Klesající
- Nevím

11. S jakými subjekty a organizacemi nejčastěji spolupracujete, ve vztahu k řešení poruch příjmu potravy, u Vašich klientů?

(možno zaškrtnout více odpovědí)

- Rodina klienta a blízké osoby
- Škola a školská zařízení
- Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy
- Střediska výchovné péče
- Zdravotnická zařízení, vč. poraden pro závislosti a psychiatrických léčeben
- Psycholog
- Místní samospráva a poskytovatelé sociálních služeb
- Nestátní neziskové organizace
- Policie ČR
- Probační a mediační služba
- Vězeňská služba
- Soudy
- Ostatní kurátoři
- Další (uved'te)
- Žádné

Seznam zkratk

CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

ČR – Česká republika

DSM-IV – Diagnostický a statistický manuál – 4. vydání

ESPAD – Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách

MF – Ministerstvo financí

MHD – městská hromadná doprava

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

MO – Ministerstvo obrany

MPP – Minimální preventivní program

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MS – Ministerstvo spravedlnosti

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NNO – nestátní nezisková organizace

OPŘO – ostatní přímo řízené organizace MŠMT

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

PČR – Policie České republiky

PPP – poruchy příjmu potravy

PS SPP – Pracovní skupina specifické primární prevence

R – respondent

RV KPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

RV PPK – Republikový výbor pro prevenci kriminality

SŠ – střední škola

ŠPP – Školní preventivní program

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VŠ – vysoká škola

ZŠ – základní škola