

# **Univerzita Karlova v Praze**

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

## **Oddělení pro dívky vyžadující soustavnou intenzívní individuální péči**

**Department for the girls required systematic  
intensive individual care**

Vedoucí práce: Mgr. Monika Nová

Autor: Lucie Vítkovská

Praha 2013

## Poděkování

Děkuji paní Mgr. Monice Nové za odborné vedení diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení výchovného ústavu v Jindřichově Hradci za umožnění praxe, provedení výzkumu a poskytnutí materiálů k mé práci.

Lucie Vítková

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Oddělení pro dívky vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči“ zpracovala samostatně s použitím citovaných pramenů, literatury, odborných zdrojů a interních materiálů výchovného ústavu v Jindřichově Hradci.

V Praze dne 12. 5. 2013

Lucie Vítkovská

## **ANOTACE**

Diplomová práce pojednává o práci oddělení pro dívky vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči ve výchovném ústavu v Jindřichově Hradci. Klade si za cíl, zkoumat, jaké jsou problémy, se kterými dívky do tohoto ústavu přicházejí, jaké je rodinné zázemí těchto dívek a jaké jsou vztahy rodičů a dívek.

Práce je rozvržena do dvou částí., teoretické a praktické. První část popisuje obě oddělení, která jsou pro dívky vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči v ústavu zřízena, dále se zaměřuje na teoretické pojetí poruch chování, osobnost jedince v etopedické péči a drogovou problematiku, Teoretickou část uzavírá kapitola, která se věnuje funkcím rodiny, rodině dysfunkční a rodině romské.

V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumu. Ve výzkumu byla použita kombinace metody dotazníkového šetření a analýzy dat. Výzkum je rozdělen do tří tematických celků, které korespondují se stanovenými hypotézami. Nejdříve jsou uvedeny výsledky šetření, které se zaměřují na výchovné problémy, zejména agresivitu a užívání návykových látek. V druhé části jsou výsledky šetření, které se zabývalo rodinou dívek a údaji o délce pobytu v ústavu a věku prvního umístění. V poslední části jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření, zaměřeného na kontakty dívek se svou rodinou a podporu těchto kontaktů ústavem. Praktická část je pro ilustraci doplněna dvěma kazuistikami náhodně vybraných dívek.

## **ANNOTATION**

Master thesis discusses about the work on the department for girls required systematic intensive individual care in an educational institute in Jindrichuv Hradec. Main goal is to examine what are the problems that girls come to this Institute, which is the family support of these girls and what are the relations of parents and girls.

The work is divided into two parts. Theoretical and practical. The first part describes the two departments, which are for girls required systematic intensive individual care, focusing on the theoretical approach of behavioral disorders, individual personality in etopedy care and drug problems, theoretical part concludes with a chapter dedicated to the functions of the family, dysfunctional family a Gypsy family.

In the practical part contains the results of research. The research used a combination of a questionnaire survey and data analysis. The research is divided into three thematic units that correspond to established hypotheses. First, are the results of investigations that focus on educational problems, particularly aggression and drug use. The second part of the survey results, which dealt with the family of girls, and of the length of stay in the institution and age of first placement. The last section presents the results of the survey focused on girls' contacts with their families and how the institute supports these contacts. The practical part is to illustrate supplemented by two case reports of girls.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

ústavní péče, soustavná individuální péče, etopedie, agresivita, delikventní mládež, drogy, drogová závislost, osobnost, patologické chování, poruchy chování, reedukace, rodina, dysfunkční rodina, romská rodina

## **KEY WORDS**

institutional care, systematic individual care, etopaedia, aggressiveness, juvenile delinquent, drugs, drug dependence, personality, pathological behavioral, behavioral disorders, family, dysfunctional family, Gypsy family

# OBSAH

ÚVOD .....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1. ZAŘÍZENÍ INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVY .....</b>	<b>11</b>
1.1 HISTORIE PÉČE O DĚTI S PORUCHAMI CHOVÁNÍ U NÁS .....	11
1.2 ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY .....	12
1.3 PÉČE O DĚTI VYŽADUJÍCÍ VÝCHOVNĚ LÉČEBNÝ REŽIM.....	15
<b>2. VÝCHOVNÝ ÚSTAV JINDŘICHŮV HRADEC .....</b>	<b>17</b>
2.1 VZNIK ÚSTAVU V JINDŘICHOVĚ HRADCI .....	17
2.2 SAMOSTATNÁ EXISTENCE ÚSTAVU V JINDŘICHOVĚ HRADCI .....	18
2.3 ODDĚLENÍ S VÝCHOVNĚ LÉČEBNÝM REŽIMEM .....	21
2.4 ODDĚLENÍ PRO DÍVKY S EXTRÉMními PORUCHAMI CHOVÁNÍ.....	23
<b>3. PORUCHY CHOVÁNÍ .....</b>	<b>25</b>
3.1 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ .....	26
3.2 TYPY CHOVÁNÍ PODLE DRUHU SOCIALIZACE .....	30
3.3 PORUCHY CHOVÁNÍ PODLE VĚKU.....	31
3.4 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ A EMOCÍ PODLE MKN 10 .....	32
3.5 AGRESIVITA A NÁSILÍ.....	34
<b>4. ETOPEDIE .....</b>	<b>37</b>
4.1. ETOPEDIE V SYSTÉMU VĚD.....	38
4.2. JEDINEC V ETOPEDICKÉ PÉČI.....	39
4.2.1 osobnost jedince.....	39
4.2.2 poruchy osobnosti .....	39
4.2.3 patogenní činitelé.....	41
<b>5. NÁVYKOVÉ LÁTKY A ZÁVISLOSTI .....</b>	<b>43</b>
5.1 DROGY, DEFINICE A ROZDĚLENÍ.....	43
5.1.1 co je droga .....	43
5.1.2 dělení drog .....	44
5.2 DROGOVÁ ZÁVISLOST .....	48
5.2.1 fáze drogové závislosti .....	49
5.2.2 příčiny vzniku závislosti .....	51
<b>6. RODINA.....</b>	<b>52</b>
6.1 FUNKCE RODINY .....	52
6.2 RODINA DYSFUNKČNÍ .....	54
6.3 ROMSKÁ RODINA .....	58
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>61</b>
<b>7. CÍL.....</b>	<b>61</b>
<b>8. STANOVENÍ HYPOTÉZ.....</b>	<b>63</b>
<b>9. VÝZKUMNÝ VZOREK.....</b>	<b>64</b>
<b>10. METODIKA .....</b>	<b>65</b>
10.1 SEKUNDÁRNÍ ANALÝZA - STUDIUM DOKUMENTŮ.....	65
10.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE .....	67
10.3 DOTAZNÍK.....	67
10.4 PŘEDVÝZKUM .....	69
10.5 ZAZNAMENÁVÁNÍ VÝSLEDKŮ .....	70
<b>11. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA .....</b>	<b>72</b>

11.1	VÝCHOVNÉ PROBLÉMY .....	72
11.1.1	<i>sekundární analýza</i> .....	72
11.1.2	<i>shrnutí výsledků sekundární analýzy</i> .....	77
11.1.3	<i>výsledky dotazníkového šetření</i> .....	78
11.2	RODINA.....	84
11.2.1	<i>pobyt v zařízení institucionální výchovy</i> .....	84
11.2.2	<i>rodina</i> .....	85
11.3	KONTAKT.....	86
11.4	KAZUISTIKY .....	93
11.4.1	<i>Veronika 18 let</i> .....	93
11.4.2	<i>Karolína 16 let</i> .....	96
11.5	VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ .....	98
11.5.1	<i>první hypotéza</i> .....	98
11.5.2	<i>druhá hypotéza</i> .....	99
11.5.3	<i>třetí hypotéza</i> .....	99
<b>12.</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM ZDROJŮ .....</b>	<b>105</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>111</b>

## ÚVOD

Diplomová práce navazuje na předchozí práce, zpracované v předchozích letech. V roce 2007 to byla absolventská práce na Vyšší odborné škole pedagogické a sociální, Evropská 33, Praha 6 s názvem „Současné problémy ve výchovných ústavech pro dívky“. V roce 2009 Bakalářská práce na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy na téma „Problematika ústavní péče o dívky se zvýšenými poruchami chování“. Vztah k této problematice je dán rodinným zázemím, otec pracuje již dvacet let jako ředitel výchovného ústavu pro dívky v Jindřichově Hradci. Tento ústav se specializuje na péče o dívky ve věku 15 až 18 let, které vyžadují soustavnou individuální péči. Pro tyto dívky jsou v ústavu zřízena dvě oddělení, která pracují odlišným způsobem, ale mají společnou klientelu. Dívky těmito odděleními procházejí podle toho, jak se jim daří postupovat na cestě resocializace.

V naší práci jsme si vytýčili několik cílů. Zjistit, s jakými problémy dívky vyžadující soustavnou individuální péči do výchovného ústavu v Jindřichově Hradci přicházejí, chceme se zaměřit především na oblast užívání návykových látek, agresivitu, věk prvního umístění do institucionální péče. Chceme zkoumat, z jakých rodin dívky do ústavu přicházejí, kvalitu a četnost kontaktu s rodinou, jak tyto kontakty dívky hodnotí a jaká je podpora vzájemné interakce dívek a jejich rodin ze strany ústavu.

Práci jsme rozdělili na část teoretickou a praktickou. V první kapitole teoretické části se budeme věnovat problematice ústavní péče u nás obecně. Popíšeme stručně historii o mravně narušenou mládež a současný stav institucionální péče u nás. Hlavní cílem této kapitoly bude zdůraznění pokroku, který udělala péče o mravně narušenou mládež v oblasti institucionální péče od svého začátku. Zaměříme se především na to, jaká je škála možností umístění dětí s poruchami chování podle jejich potřeb.

V další kapitole se budeme podrobně věnovat ústavu v Jindřichově Hradci. Je třeba poděkovat kolegům z Černovic a především z Jindřichova Hradce za poskytnutí materiálů, které nám poskytli, abychom mohli popsat vznik ústavu, jeho vývoj v posledních dvaceti letech a obě oddělení, která jsou vysoce specializovaná a poskytují péči dívkám, které odbornou péči vyžadují. Nejdříve se budeme věnovat oddělení s výchovně léčebným režimem, které vzniklo jako první již v začátcích snahy o profilaci ústavu. Toto oddělení poskytuje individuální péči dívkám, které jsou již schopny uvědomělé autoregulace svého chování a pracuje s důvěrou, ale také se selháním. Druhé oddělení, které ve své práci budeme



popisovat je oddělení pro dívky s extrémními poruchami chování, uzavřené. Chceme popsat odlišnosti a společné prvky práce těchto oddělení.

Ve třetí kapitole se budeme zabývat poruchami chování, na poruchy chování budeme nahlížet z různých pohledů a uvedeme několik teorií. Budeme se věnovat klasifikaci poruch chování, typologii a samostatnou část věnujeme agresivitě a násilí. Právě agresivitu a agresi chceme zkoumat ve svém šetření, které provedeme u dívek umístěných do obou oddělení.

Jedním z nejmladších vědních oborů je etopedie. Této vědě, která je součástí speciální pedagogiky, věnujeme čtvrtou kapitolu. Představíme etopedii jako samostatný vědní obor, historické kořeny, vývoj tohoto oboru a její vztah k ostatním oborům. Z pohledu etopedie se budeme věnovat osobnosti jedince, poruchám osobnosti a patogenním činitelům, které mohou mít vliv na patologické chování.

Pro naše zkoumání představuje významný teoretický základ pátá kapitola, kterou věnujeme problematice užívání návykových látek – drog a alkoholu. Přineseme některé definice a drog a jejich dělení. Následkem užívání drog vzniká závislost. Proto přirozeným pokračováním této kapitoly budou některé teorie drogové závislosti a příčiny vzniku závislosti.

Dívky v ústavu jsou odloučené od svých rodin. Rodina je ale prostředí, které dívky před příchodem do ústavu formovala a je prostředím, do kterého se dívky budou vracet. Rodině se chceme věnovat v poslední kapitole našeho teoretického bloku. Tuto kapitolu uvedeme popisem funkcí rodiny, abychom se mohli dále věnovat rodině disfunkční. Do zařízení institucionální výchovy se vlivem několika faktorů dostává statisticky významné množství romských dětí. Je proto přirozené, že ve své práci zařadíme samostatnou pasáž, která se věnuje Romům, jejich tradicím, rodinnému uspořádání a v závěrečné části popíšeme příčiny, které vedou k jejich sociálnímu vyloučení, jež pravděpodobně souvisí s množstvím romských dětí v zařízení institucionální péče.

V praktické části přineseme výsledky výzkumu. V úvodu popíšeme výzkumný vzorek. Do výzkumu chceme zařadit všechny dívky, které ústav eviduje, protože obě oddělení pracují s dívkami, které vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči a dívky procházejí během svého pobytu oběma odděleními. Aktuální umístění dívek proto nemá vliv na validitu výsledků našeho šetření. Ve svém výzkumu použijeme kombinaci několika metod výzkumu. Tyto metody popíšeme v úvodu praktické části. Ve výzkumu použijeme sekundární analýzu dat – studium dokumentů, které ústav k dívkám shromažďuje, a doplníme výsledky

dotazníkového šetření. Výzkum chceme rozdělit na tři části - **výchovné problémy** – použijeme analýzu dokumentů a doplníme dotazníkem, který věnujeme problematice užívání návykových látek s výjimkou nikotinu. Druhou část výzkumu - **rodina**, chceme sekundární analýzou dat opsat výsledky ve dvou oddílech, první věnujeme pobytu dívky v zařízení institucionální výchovy a druhý rodinám dívek. Třetí část nazveme **kontakt**. Formou dotazníkového šetření chceme získat odpovědi na otázky, které mapují vzájemnou interakci dívek a jejich rodin, dívkám dáme možnost uvést i své představy a přání, jak by si své vztahy s rodiči představovaly. Pro ilustraci zařadíme do výzkumu kazuistiky dvou dívek.

V závěru naší práce se budeme zamýšlet nejen nad získanými výsledky, ale i nad poznatky, které získáme nad rámec výzkumu. Prostor věnujeme úvahám o současnosti i možné budoucnosti institucionální výchovy u nás.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. ZAŘÍZENÍ INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVY

V naší práci pod pojmem zařízení institucionální výchovy máme na mysli zařízení, která jsou zřizována a provozována podle zákona 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních.

### 1.1 historie péče o děti s poruchami chování u nás

Na samém počátku organizace převýchovy u nás stojí tři významné osobnosti: Jan Krejčí, Jan Šauer z Augenburgu a Vojta Náprstek. Všichni čerpali své zkušenosti ze svých zahraničních cest. Podle Slomka začaly u nás vznikat v polovině 19. století první spolky, které pečovaly o mravně narušenou mládež. V roce 1841, byl založen „Spolek pro blaho nuzných dívek“ v Praze, který založila dcera Františka Palackého, Marie Riegrová. Následoval vznik dalších ústavů, uvádíme pouze některé. V roce 1839 byla v Praze založena Vychovatelna Jednoty pro blaho mladistvých káránců – Dobrý pastýř. Ochránovna v Brně, Černá Pole byla založena v roce 1847, zrušena 1890. Vychovatelnu pro opuštěnou a zanedbanou mládež v Modletíně založil v roce 1869 Breuer. Pokrokové zařízení vzniklo v roce 1883 v Libni pro chlapce od 8 do 16 let. Mělo 3 oddělení vyšší – pro malý stupeň narušení, nižší a pak trestní (pro vážné poruchy chování). Kombinována se zde otevřená péče s péčí ústavní. Zemská polepšovna v Novém Jičíně byla založena roku 1889 pro chlapce a dívky ve věku 14 – 18 let s kapacitou 250 míst. Toto zařízení mělo vlastní školu a řemeslnické dílny. Pro dívky byla založena v roce 1885 Dívčí ochránovna v Černovicích byly zde umístovány dívky také na žádost rodičů. Jako první koedukovaná polepšovna v Čechách.<sup>1</sup>

„K umístování mladistvých do polepšoven v souladu se zákony č. 89 a 90 z roku 1885 byla zřízena Královská česká zemská polepšovna a donucovací pracovna v Kostomlatech u Teplíc v roce 1887 jako pobočka pražské zemské trestnice.“<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Slomek, Z. Etopedie.

<sup>2</sup> Historická penologie.

Slomek dále uvádí, že významnými pedagogy, kteří se věnovali v minulosti otázkám převýchovy, byli Slavibor Breuer, Leopold Pek (ředitel vychovatelny v Říčanech), Jaroslav Doležal a Josef Zeman, zakladatel časopisu „Úchylná mládež“.

Mezi nejvýznamnější pedagogy na přelomu poloviny 20. století patřil Alois Zikmund, ředitel Zemské vychovatelny v Opatovicích. Tento ústav později zanikl a byl v roce 1947 přemístěn do Králík. „Zavedl podmíněčné propouštění chovanců. Provedl třídění mravně narušené mládeže do tří skupin:

- a) mládež mravně ohrožená (hlavně prostředím, kde vyrůstá)
- b) mládež mravně narušená (chápal jako vybočení)
- c) mládež mravně vadná (s pasivní reakcí: žebráci, povaleči, s aktivní reakcí: agresivní)

Rozlišoval dvě základní příčiny mravní poruchy: ENDOGENNÍ = vlohy, dědičnost

EXOGENNÍ = okolí, dysf. rodiny. Kladl velký důraz na vliv osobnosti vychovatele (autorita, erudice, ...). Věnoval se řešení konfliktních situací – doporučoval využívání modelových situací. Chtěl vytvořit ucelený výchovný systém. Prosazoval využívání pedagogických, psychologických a sociologických zásad. Čerpal z kriminologie. Přeceňoval možnosti psychoanalýzy a tělesných trestů. Navrhoval oddělení rozumově postižených v převýchově.“<sup>3</sup>

## **1.2 zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy**

Základním dokumentem, který je rozhodující pro organizaci výkonu ústavní nebo ochranné výchovy u nás je zákon 109/2002 Sb. ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Tento zákon byl několikrát novelizován, pro naši práci představuje nejvýznamnější novelu zákon 333/2012 Sb., který nabyl účinnosti dnem 1. listopadu 2012. Tato novela poprvé zavádí do praxe pojem práce s rodinou. Umožňuje zařízením institucionální výchovy, aby mohly pracovat s rodinou a vynakládat na tuto práci prostředky, které byly zatím určeny pouze pro práci s dětmi umístěnými v ústavu. „Zařízení spolupracují s rodinou dítěte a poskytují jí pomoc při zajišťování záležitostí týkajících se dítěte, včetně rodinné terapie a nácviku rodičovských a dalších dovedností

---

<sup>3</sup> Slomek, Z. Speciální pedagogika etopedie.

nezbytných pro výchovu a péči v rodině.“<sup>4</sup> Podrobnosti výkonu ústavní nebo ochranné výchovy dále specifikuje vyhláška 438/2006 Sb. ze dne 13. září 2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Zákon 109/2002 určuje, že zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy jsou:

- diagnostický ústav
- dětský domov
- dětský domov se školou
- výchovný ústav

Zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy poskytují podle zákona péči jinak poskytovanou rodiči nebo jinými osobami, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Zařízení poskytují péči rovněž dětem, u nichž bylo nařízeno předběžné opatření.

Podle Průchy a kol., o nařízení ústavní výchovy rozhoduje soud podle zákona o rodině v občanskoprávním řízení. Ústavní výchova se nařizuje dětem do dovršení zletilosti, tedy do 18 let a může být prodloužena až o 1 rok. Ústavní výchova se ukládá tehdy, pokud rodina z některých důvodů v péči o dítě naprosto selhává a není možné či vhodné zvolit osvojení nebo pěstounskou péči.<sup>5</sup> Podle zákona o rodině soud může nařídit ústavní výchovu, jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit. Jestliže je to v zájmu nezletilého nutné, může soud nařídit ústavní výchovu nebo dítě svěřit do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc i v případě, že jiná výchovná opatření nepředcházela. Z důležitých důvodů může soud prodloužit ústavní výchovu až na jeden rok po dosažení zletilosti.<sup>6</sup>

### **výchovný ústav**

Ve své práci se zaměřujeme na dívky, které jsou umístěny ve výchovném ústavu. „Výchovný ústav pečuje o děti starší 15 let se závažnými poruchami chování, u nichž byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova. Ve vztahu k dětem plní zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální.

---

<sup>4</sup>Zákon č. 333 ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

<sup>5</sup> Průcha, J. - Walterová, E. - Mareš. Pedagogický slovník.

<sup>6</sup> Zákon o rodině v konsolidovaném znění.

- (2) Výchovné ústavy se zřizují odděleně pro děti
- a) s nařízenou ústavní výchovou,
  - b) s uloženou ochrannou výchovou,
  - c) které jsou nezletilými matkami, a pro jejich děti, nebo
  - d) které vyžadují výchovně léčebnou péči,

popřípadě se ve výchovném ústavu pro tyto děti zřizují oddělené výchovné skupiny.

(3) Do výchovného ústavu může být umístěno i dítě starší 12 let, má-li uloženu ochrannou výchovu, a v jeho chování se projevují tak závažné poruchy, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Výjimečně, v případech zvláště závažných poruch chování, lze do výchovného ústavu umístit i dítě s nařízenou ústavní výchovou starší 12 let.“<sup>7</sup>

Péče o děti umístěné v ústavu je odstupňována, tak aby jim zajišťovala vhodné výchovné a vzdělávací potřeby. Tato péče je odstupňována:

- samostatné přiměřeně věku,
- samostatné vyžadující občasnou kontrolu,
- vyžadující občasné vedení a stálou kontrolu,
- nesamostatné vyžadující stálé vedení i kontrolu,
- vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči.

Lazarová a kol., ve své publikaci Strategie výchovy v zařízeních institucionální výchovy popisuje typické důvody pro umístění dítěte do diagnostického ústavu pro mládež a výchovného ústavu. Tyto důvody rozděluje do dvou kategorií. Prvním důvodem je to, že dítě vykazuje nepřijatelné chování, které vybočuje z normy. Je to chování disociálního charakteru, záškoláctví, lhaní, drobné krádeže, konflikty a agresivita vůči vrstevníkům a dospělým. Dále uvádí chování asociální, zde zařazuje dlouhodobé útěky, opakované a plánované krádeže, drogový experiment, závadovou partu, promiskuitu a suicidální pokusy. Poslední oblastí je antisociální chování – vandalismus, trestná činnost. Druhým důvodem je to, že dítě nemá kde být, rodina je odmítá nebo dítě má rozpory s rodiči, které řeší útekem z rodiny. Oba důvody se mohou kombinovat.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

<sup>8</sup> Lazarová, B. – Lányová, B. – Starka, J. – Zapletalová, J. – Cpinová, S. Strategie výchovy v zařízeních institucionální výchovy.

### **1.3 péče o děti vyžadující výchovně léčebný režim**

Vyhláškou, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních se za děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození a psychického onemocnění považují děti s psychickým nebo psychiatrickým onemocněním a s disharmonickým vývojem osobnosti, které mají emoční poruchy a vývojové poruchy chování. Pro tyto děti je používáno označení děti se závažnými poruchami chování. Druhou kategorií jsou děti s extrémními poruchami chování, jde o děti s výraznými poruchami, u nichž diagnostikoval lékař nebo diagnostický ústavem chování s antisociální, sexuálně deviantní a jinak nebezpečné. Děti se závažnými poruchami chování a děti s extrémními poruchami chování jsou umísťovány do zařízení, jejichž činnost nebo činnost jejich oddělení je specializovaná na výchovně léčebnou péči.<sup>9</sup>

#### **děti se závažnými poruchami chování**

Do výchovného ústavu specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti se závažnými poruchami chování jsou umísťovány děti, jejichž vývoj je ohrožen v souvislosti s jejich psychickým oslabením, děti s poruchami pozornosti s poruchou hyperaktivity a děti, na různém stupni experimentu s návykovou látkou a děti závislé na drogách. Tyto děti jsou do ústavu umísťovány na nezbytně nutnou dobu a po osmi týdnech je nutnost dalšího setrvání v takto specializovaném zařízení vyhodnocováno jejich další setrvání v péči ústavu. Dětem je poskytována speciálně pedagogická a psychologická péče. Výchovně léčebná péče by měla směřovat k opětovnému přemístění dítěte do běžného typu zařízení, kterým je dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav.

#### **děti s extrémními poruchami chování**

Do výchovného ústavu, specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti s extrémními poruchami chování se umísťují děti, které často utíkají ze zařízení a dopouštějí se jednání, které má znaky trestné činnosti. Tyto děti nejsou ovlivnitelné výchovnými prostředky a postupy užívanými v běžných zařízeních. Umísťují se zde děti, které v důsledku duševních poruch a sexuálních úchylek mají násilné projevy. Pro tyto děti musí být specializovaná péče vhodná z terapeutického hlediska. Další kategorií jsou děti, které vykazují prvky drogové závislosti a děti s uloženou ochrannou výchovou, pro které je pobyt v tomto typu zařízení

---

<sup>9</sup>Vyhláška č. 438 ze dne 13. září 2006, kterou se stanoví podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

vhodný. Do výchovných ústavů se děti s extrémními poruchami chování umísťují na nezbytně nutnou dobu. Nejpozději v osmém týdnu po umístění dítěte probíhá přehodnocování aktuálnosti jeho pobytu v daném zařízení. Po ukončení pobytu je dítě přemístěno zpravidla zpět do dětského domova se školou nebo výchovného ústavu.

Organizace výchovných, vzdělávacích a zájmových činností je za spolupráce psychologa a speciálního pedagoga - etopeda zpracována v rámci plánu výchovně vzdělávacích činností, na základě kterého se zpracovávají týdenní programy výchovně vzdělávacích činností. Dominantní součástí programu jsou odpovídající psychoterapeutické a socioterapeutické techniky individuálního i skupinového charakteru.



## 2. VÝCHOVNÝ ÚSTAV JINDŘICHŮV HRADEC

### 2.1 vznik ústavu v Jindřichově Hradci

Výchovný ústav v Jindřichově Hradci patří k nejmladším zařízením u nás. Jeho vznik je úzce spojen s výchovným ústav v nedalekých Černovicích. Studium materiálů obou ústavů se nám podařilo zmapovat historii ústav v Jindřichově Hradci od jeho vzniku pod správou ústavu v Černovicích. V této kapitole používáme terminologii, která vycházela z tehdejší legislativy.

Dne **25. 1. 1971** byl zřízen při výchovném ústavu v Černovicích rozhodnutím odboru školství Jihočeského krajského národního výboru detašovaný oddíl chovank při n. p. Jitka Jindřichův Hradec, který vytvořil základ pro vznik pracovní skupiny v Jindřichově Hradci. V létě **1971** v rámci mimoškolní činnosti odjíždějí poprvé chovanky na týdenní letní tábor do Bechyně. V tomto roce se také konal první den otevřených dveří, kde se chovanky představily svými výrobky, výtvarnými pracemi a kulturním programem.

K **1. 1. 1972** změnil výchovný ústav v Černovicích název na Výchovný ústav pro mládež se zvýšenou výchovnou péčí, který užívala i pracovní skupina v Jindřichově Hradci. Postupně se obnovovalo a dále prohlubovalo i dobré postavení ústavu na veřejnosti, chovanky se pravidelně účastnily na různých brigádách, veřejných schůzích, kde vystupovaly s různými kulturními programy.

V roce **1974** byly zahájeny rozsáhlé stavební úpravy internátu v Jindřichově Hradci. Detašované pracoviště v Jindřichově Hradci postupně rozšiřovalo kapacitu ústavu a převzalo do užívání budovu internátu národního podniku JITKA v Gymnazijní ulici, kde se vybudovaly výchovné skupiny, jídelna a kuchyně a postupně i přístavby další budovy.

V té době byl ústav v Černovicích největším zařízením svého druhu v republice a plnil významné společenské úkoly v převýchově dívek starších 15 let. Celková kapacita činila 144 chovank a 78 pracovníků – z toho 42 pedagogických. Z tohoto počtu bylo v Jindřichově Hradci umístěno 72 chovank.

V lednu **1980** byla založena „Volná tribuna“, kde chovanky řešili hlavně společné problémy a hledali nejlepší řešení, zavedly se namísto večerních hlášení ranní semináře všech

výchovných pracovníků za uplynulý den, poté následovalo ranní hodnocení chovanek za minulý den, změnil se též systém hodnocení chovanek.<sup>10</sup>

## **2.2 samostatná existence ústavu v Jindřichově Hradci**

Z původně pracovní výchovné skupiny výchovného ústavu Černovice vznikl v roce 1988 samostatný subjekt – Výchovný ústav pro mládež Jindřichův Hradec.

„30. 4. 1991 získal Výchovný ústav pro mládež v Jindřichově Hradci právní subjektivitu a stává se rozpočtovou organizací zřízenou okresním úřadem v Jindřichově Hradci. Uvolnění pracovního trhu po revoluci a transformace v n.p. JITKA v Jindřichově Hradci měly fatální dopad na výchovný ústav. Nebyl již zájem o práci chovanek a tak bylo rozhodnuto o snížení kapacity ústavu. V roce 1992 došlo ke snížení kapacity ústavu z 80 chovanek na 23 a vzniklo odborné učiliště, které mělo zajistit zbylým chovankám uplatnění.“<sup>11</sup>

Odborné učiliště mělo jeden dvouletý učební obor – 31-78-2/002 výroba konfekce se zaměřením na šití prádla. Výuka začala 1. 9. 1992. Absolventi měli možnost najít uplatnění jako dělníci v konfekci, šičky, opraváři pracovních oděvů a pomůcek v průmyslu i soukromých dílnách. Do nově vzniklého učební oboru byly zařazeny chovanky výchovného ústavu, zároveň byly počty žáků doplněny o děti z Jindřichova Hradce a okolí. Již v průběhu prvních měsíců chovanky ústavu odmítly výuku navštěvovat a výuka probíhala exkluzivně pro civilní žáky.<sup>12</sup> V tomto roce byl změněn název ústavu na Výchovný ústav pro mládež a odborné učiliště Jindřichův Hradec.

Na podzim 1992 opustil ústav tehdejší ředitel a dočasným vedením ústavu je pověřena vedoucí vychovatelka. V listopadu 1992 vypsál zřizovatel konkurz na místo ředitele. 3. 2. 1993 se vedení ústavu ujal nový ředitel, který ústav řídí doposud. Zřízení nového učební oboru si vyžádalo v předešlých letech stavební úpravy, které znamenaly vybudování dílen a učeben v prostorech horního patra, kde byly původně situovány ložnice dívek. Ubytovací část se přesunula do přízemí, které nebylo pro pobyt dívek příliš vhodné. V roce 1991 sice vedení ústavu plánovalo přístavbu důstojného internátu, plány však nebyly zřizovatelem schváleny. Dívky, které byly v zařízení ubytovány, neměly žádnou činnost. Jedinou příležitostí byly práce na ústavní zahradě. Zařízení se rovněž potýkalo s nízkou kvalifikovaností

---

<sup>10</sup> Historie ústavu v Černovicích.

<sup>11</sup> Kronika. Jindřichův Hradec. S. 3.

<sup>12</sup> Roční zpráva za rok 1993. Jindřichův Hradec.

pedagogických pracovníků. V roce 1993 byla plně kvalifikovaná pouze jedna vychovatelka, na mateřské dovolené.

V průběhu let 1992 – 1994 pracovalo nové vedení na přípravě koncepce zařízení s výchovně léčebným režimem. V té souvislosti bylo zřízeno místo psychologa, zdravotní sestry a zvýšen počet pedagogů. Orientaci na toto odborné působení bylo zřizovatele podporováno a znamenalo stabilizaci ústavu.

7. 12.1993 s platností od 1. ledna 1994 zřídilo MŠMT ČR Výchovný ústav pro mládež a odborné učiliště jako svou rozpočtovou organizaci.

V květnu 1994 souhlasilo MŠMT ČR se zřízením nového učebního oboru s názvem Práce v autoservisu. Tento dvouletý učební obor zahájil výuku 1. 9. 1994. Žáky se stali chlapci, absolventi zvláštních škol z okresu. Praktická výuka probíhala v AR servisu spol. s.r.o. soukromé SPV, Jarošovská třída 869/III, J. Hradec. Příchod chlapců do školy měl pozitivní vliv na ochotu svěřenek výchovného ústavu vzdělávat se v odborném učilišti.

Od 1. 1. 1995 MŠMT zřizuje VÚM a OU Jindřichův Hradec jako organizaci příspěvkovou. Dívky umístěné v ústavu, které nebyly zařazené do učiliště, docházely dopoledne na práce v lese. V zařízení se postupně uplatňovali nové formy práce s dívkami. Byla zaváděna psychoterapie a večerní kruh. V ústavu bylo zavedeno bodové hodnocení, které bylo pro dívky srozumitelné.

Od 1. 9. 2006 se stala součástí výchovného ústavu Praktická škola. Praktická škola s jednoletou přípravou (Praktická profesní příprava) 78-62-C/001. Cílem bylo umožnit žákům doplnění a rozšíření teoretického i praktického vzdělání dosaženého v průběhu povinné školní docházky a poskytnout jim základy odborného vzdělání a manuálních dovedností v jednoduchých činnostech se zaměřením na běžné domácí práce, rozšířené o základy šití prádla, pěstičství a přípravy jídel.

V zařízení v té době pracovalo 27 zaměstnanců, z toho 8 vychovatelů a 4 pomocní vychovatelé. Ústav začínal pracovat v režimu výchovně léčebném.

Od 1. 10. 1997 se mění název zařízení na Výchovný ústav pro mládež, Odborné učiliště a Praktická škola.

K oficiálnímu potvrzení činnosti výchovně léčebné došlo 1. 2. 1999, kdy se opět změnil název na Ústav s výchovně léčebným režimem pro mládež, Odborné učiliště a Praktická škola. Při výchově dívek se stále více uplatňovala individuální práce, skupinová a individuální

terapie. Podle výroční zprávy ze školního roku 1999 – 2000 měl ústav celorepublikovou působnost a jako jediný v rámci ČR pečoval o dívky ve věku 15 – 18 (19) let, které pro své zdravotní, tělesné a psychické onemocnění nemohly být umístěny v běžném výchovném ústavu. Pro tuto potřebu byly zřízeny dva léčebné oddíly pro dívky docházející do školy a jeden oddíl léčebně diagnostický pro dívky před zařazením do školy a zařazené do pracovní terapie, popř. procházející diagnostikou. Do ústavu byly zařazovány děti odpovídající ustanovením příslušných předpisů, zejména Vyhlášky 64/81 Sb. Po ukončení povinné školní docházky. Celková kapacita byla 23 lůžek.<sup>13</sup>

Kroupa ve své práci Historie výchovného ústavu v Jindřichově Hradci uvádí, že v roce 2003 dochází na pokyn zřizovatele k postupnému utlumování vzdělávání „civilních“ žáků. V červnu 2005 absolvovali odborné učiliště poslední civilní žáci. Učební obor Práce v autoservisu byl následně zrušen, stejný osud pro nezáměr dívek z ústavu potkal učební obor šití prádla v roce 2008. Název zařízení se ještě měnil v roce 2004 na Výchovný ústav a od roku 2005 je oficiální název Výchovný ústav, střední škola a školní jídelna, Jindřichův Hradec, Gymnazijní 118. V roce 2004 byla zahájena přístavba ubytovací části. V zařízení ve školním roce 2003/2004 probíhala první supervize týmu. V roce 2004 pracovalo na výchovném úseku 14 pedagogických pracovníků. Od září 2005 byla zahájena výuka v Praktické škole dvouleté, náplň obor byl v podstatě shodný s náplní Praktické školy jednoleté. V říjnu 2005 byla předána do užívání přístavba ubytovací části. Tato akce výrazným způsobem zkvalitnila pobyt dívek i práci s nimi. Nová přístavba je čtyřpodlažní a jsou v ní umístěny v suterénu prostory pro sportovní a relaxační činnosti, které v ústavu doposud chyběly. Ve dvou ubytovacích podlažích jsou umístěny 4 samostatné buňky pro výchovné skupiny po šesti dívkách. Ubytování dívek splňuje moderní kritéria bydlení v rodinných skupinách. Přístavba je vybudována tak, aby poskytla ubytování, servis, zázemí pro zájmovou činnost a skladové zázemí. Kapacita přístavby je 24 lůžek. Počet pracovníků na výchovném úseku byl zvýšen na 24.

V dalším roce začíná rekonstrukce staré části ústavu, která by měla sloužit pro ubytování dívek s extrémními poruchami chování. Pedagogický sbor byl doplněn o 12 vychovatelů a asistentů, kteří doplnili kolektiv od září 2007 do prosince 2007.

---

<sup>13</sup> Výroční zpráva za školní rok 1999/2000. Jindřichův Hradec.

Na základě předešlých zkušeností bylo nutno vnitřně diferencovat práci v ústavu. Všechny výchovné skupiny zpracovaly v období září – říjen 2007 základní rámcové výchovné plány se stanovením profilu VS, priorit, systému práce a jednotlivé charakteristiky umísťovaných dívek. Jedná se o zásadní dokument, který vedl ke zvýšení odbornosti práce s klientelou.

Od roku 2008 pracuje v ústavu 56 zaměstnanců, z toho na výchovném úseku 40 pedagogů. Ústav splňuje podmínky zák. 109/2002 Sb. a vyhlášky 438/2006 o ústavní a ochranné výchově.<sup>14</sup>

## **2.3 oddělení s výchovně léčebným režimem**

### **charakteristika přijímaných dívek**

Do tohoto oddělení jsou přijímány dívky vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči podle následujících kritérií:

- dívky s psychickými poruchami, které nevyžadují dlouhodobou péči specializovaných zdravotnických zařízení
- dívky se zdravotními problémy
- dívky, pro které je vhodné umístění v menším kolektivu
- dívky, které experimentují s návykovými látkami motivované pro abstinenci a dívky závislé na drogách s prognózou nástupu léčby.<sup>15</sup>

### **vnitřní členění oddělení**

V tomto oddělení jsou dívky umístěny ve čtyřech výchovných skupinách, které jsou zřízeny diferencovaně. Práce a charakteristika jednotlivých skupin je odlišná, aby oddělení mohlo dívkám poskytovat péči, která je pro ně vhodná. Metoda práce je smíšená – individuální i skupinová, míra uplatňování obou metod reflektuje potřeby dívek. Cílem je stanovení základních postupů a metod práce s dívkou, kompenzace, vypracování prognózy. Pro jednotlivé výchovné skupiny tohoto oddělení, byly stanoveny základní charakteristiky dívek, které jsou zde umístěny. Výchovné skupiny jsou označeny písmeny, číselnému označení se v ústavu vyhýbají, aby dívky neměly pocit kategorizace.

---

<sup>14</sup> Kroupa, L. Historie výchovného ústavu v Jindřichově Hradci.

<sup>15</sup> Koncepce oddělení s výchovně léčebným režimem. Jindřichův Hradec.

**VS A** – ubytovává dívky se ztíženou pohyblivostí, v této skupině jsou vybudovány bezbariérové prostory, s psychickým nebo psychiatrickým problémem, s mentální retardací. Samostatné, vyžadující dohled, schopné akceptovat otevřený režim.

**VS B** - s psychickým nebo psychiatrickým problémem, s mentální retardací. Vyžadující soustavný dohled a provázení, schopné akceptovat otevřený režim.

**VS C** – dívky, které se vzdělávají ve školách mimo zařízení, experimentující s NL, motivované pro odvykání. Vyžadující dohled, schopné akceptovat otevřený režim.

**VS D** – dívky experimentující s NL a drogově závislé, s problematickou motivací k odvykání vyžadující intenzivní terapeutickou práci, nezařazené do školy.

**VS A – D** používají pro hodnocení dívek bodový systém, terapie je zařazena do odpoledního bloku, pro terapii jsou využívány především zájmové činnosti organizované jednotlivými vychovateli dle jejich specializace.

### **základní výchovné principy**

K hodnocení chování dívky slouží večerní kruh, na kterém je dívka hodnocena vychovatelem a může se ke svému hodnocení vyjadřovat, má právo na informace o svém hodnocení. Pro průběžnou orientaci chování dívky jsou založeny individuální léčebné deníky, kam se zapisují veškeré projevy dívky vč. stručného hodnocení. Pro stanovení metod a postupů výchovné práce zpracovávají vychovatelé individuální plán převýchovy, který vychází z programu rozvoje osobnosti.

### **výchovná činnost**

Základem výchovné práce v oddělení je individuální práce s dívkou realizovaná v rámci skupiny skupinovým vychovatelem – garantem je vedoucí výchovné skupiny, dále psychologem, etopedem, příp. externími odborníky. Individuální práce se řídí plánem převýchovy. Tento individuální plán má 3 fáze:

1. fáze adaptační - orientace a adaptace dívky v novém prostředí. Prvním krokem je diagnostický nebo vstupní rozhovor zaměřený na informace o pobytu, na emoce, zvládnutí maladaptivních projevů a na tvorbu krátkodobého kontraktu. Poté následuje specifický adaptační program, limitovaný časově i normativně. Tato fáze je zaměřena na otevřenou komunikaci a hledání.

2. fáze vytváření individuálního programu rozvoje osobnosti - stanovení cílů, strategie, intervence, diagnostické hypotézy. Tento program je specificky zaměřen na individuální potřeby dívky. Je nutné počítat s vývojem postojů dívky jak vůči instituci, tak i vůči skupině dívek. V této fázi proto jde o vnější přijetí a následné potvrzení rozhodnutí dívky což se projeví v jejím vlastním konání.

3. fáze výstupní – příprava na návrat do kmenového zařízení. V této fázi jde o zvnitřnění norem a podporu nezávislosti dívky. Konečným cílem je sociální rehabilitace.

Výchovné skupiny pracují samostatně. Každá skupina má zpracovanou vlastní charakteristiku a základní výchovné principy. Pro zvýšení skupinové koheze si vytvářejí vlastní rituály. Práce skupiny se řídí týdenním plánem skupiny, zpracovávaným ve spolupráci s dívkami při týdenním hodnocení.

Součástí reedukačního procesu je vzdělávání dívek. Výuka probíhá v učebním oboru Provozní služby. Dívky na krátkodobém na střednědobém „stabilizačním“ pobytu jsou vzdělávány dle individuálního vzdělávacího plánu původní školy v rámci výuky na odborném učilišti. Pro dívky nezařazené do učebního oboru se zřizuje třída, ve které je výuka přizpůsobena jejich potřebám (příprava ke studiu na střední škole, příprava na možnost získání dílčí kvalifikace nebo zaměření na vedení domácnosti vč. ekonomiky domácnosti a základní znalosti ekonomiky malého provozu, finanční gramotnosti a práce na PC (MS office)).<sup>16</sup>

## **2.4 oddělení pro dívky s extrémními poruchami chování**

Oddělení je rozděleno na dvě výchovné skupiny, které pracují samostatně. Výchovné skupiny jsou označeny písmeny E, F. Do oddělení jsou přijímány dívky vyžadující soustavnou intenzivní individuální péči s nařízenou ústavní výchovou a uloženou ochrannou výchovou po ukončení povinné školní docházky. Dívky jsou přijímány rozhodnutím diagnostického ústavu Praha - Hodkovičky. Umisťovány jsou dívky, které se opakovaně nedovoleně vzdalují ze zařízení a dopouštějí se jednání, které má znaky trestné činnosti, přičemž se jedná o dívky, které v dané situaci není možné zvládnout výchovnými postupy, organizací a prostředky používanými v běžných zařízeních, dívky, které svou agresivitou ohrožují sebe a své okolí, ať už jde o násilné projevy vůči osobám, nebo majetku. Dívky s drogově závislé.

---

<sup>16</sup> Koncepce rozvoje zařízení. Jindřichův Hradec.

## **základní výchovné principy**

Systém umožňuje dívce zažít pocit úspěchu, kladná hodnocení, viditelné přechody s kladným a záporným hodnocením. Využití nejen individuálního plánu převýchovy, ale i společenské krátkodobé smlouvy pro splnění jednotlivých stupňů resocializace. Využití rituálů. Vzájemná kolektivní hodnocení ve slovním podání. Přizpůsobení se schopnostem a sociální zralosti dívky.

Dívkám jsou za plnění povinností přidělovány kredity. Mezi základní povinnosti patří: Ranní úklid, hygiena, účast na dopolední činnosti, aktivní zapojení do výuky, odpolední výchovně vzdělávací činnost, večerní úklid, hygiena, účast na večerním kruhu (zhodnocení dne), účast na skupinové schůzce (pouze pondělí), dodržování večerky

Při příchodu na výchovnou skupinu E je dítě v 1. fázi programu rozvoje osobnosti. Po získání stanoveného počtu kreditů má dívka možnost přejít na výchovnou skupinu. F.

Ve 2. fázi programu (na výchovné skupině F) může využívat atraktivní činnosti oddělení (PC, společné vycházky, samostatné vycházky) a dále pokračuje ve sbírání kreditů pro přechod do 3. fáze.

Pro přechod do 3. fáze programu (přechod na oddělení s výchovně léčebným režimem a podání návrhu na odchod z oddělení je nutno získat opět stanovený počet kreditů.<sup>17</sup>

Garantem práce tohoto oddělení je psycholog ústavu a vedoucí obou výchovných skupin. Základem výchovné činnosti je individuální práce s dívkami a intenzivní terapie.

---

<sup>17</sup> Kreditní systém – vnitřní předpis organizace Jindřichův Hradec.



### 3. PORUCHY CHOVÁNÍ

Pod pojmem poruchy chování zahrnujeme problémy, které má jedinec s přizpůsobivostí v běžném sociálním prostředí. Mezi hlavní problémy v přizpůsobení se svému okolí a společnosti patří respektování autorita přijímání pravidel společenského soužití. Pro tyto poruchy se užívá několik pojmů, mezi nejčastěji užívané patří mravní narušenost, kriminalita a delikvence.<sup>18</sup> Jako poruchy chování jsou označovány i nežádoucí projevy různého stupně – zlovyky, neposlušnost, vzdorovitost, stupňující se negativismus, krádeže, toulky a záškoláctví.

V obecné řeči se pod pojmem poruchy chování obvykle rozumí negativní odchylky v chování některých osob od normy, kterou je to, co jako běžné hodnotí a očekávají jiné osoby nebo skupiny. Normu pak chápeme jako určité měřítko, normalitu jako vyjádření stavu. Normu lze posuzovat z nejrůznějších hledisek (např. z hlediska statistického, filozofického, medicínského, psychologického, apod.). Z tohoto pohledu pak lze provádět i různé klasifikace poruch chování a zaměřit se na oblast, která je v danou chvíli pro nás prioritní. Mezi poruchy chování zahrnujeme všechny odlišnosti počínaje nápadným chováním, odchylkami typickými pro jednotlivá období věková a projevující se disociálním chováním, přes asociální poruchy až k antisociálnímu chování, které může mít charakter dětské delikvence nebo kriminality. „Poruchy chování můžeme vymezit jako takové vzorce chování, které jsou v dané sociokulturní normě nežádoucí, nechtěné nebo nepřijatelné. Z vývojového hlediska je lze pak charakterizovat jako odchylku v oblasti sociálních vztahů, kdy jedinec není schopen respektovat normy a psaná i nepsaná pravidla chování na úrovni odpovídající jeho věku.

„V průběhu vývoje se jedinec učí rozlišovat, které způsoby chování jsou vhodné pro konkrétní situaci, a které nikoliv. Od počáteční korekce ze strany rodičů se postupně ocitá v situacích, kdy přímá kontrola chybí a jedinec je nucen k autoregulaci. Schopnost dodržovat společenská pravidla souvisí s rozvojem psychických předpokladů. Jedinec musí být schopen výše uvedené autoregulace, musí chápat význam a podstatu společenské normy. Dále je nutné, aby byl schopen odložit aktuální potřeby, nebo se tohoto uspokojení vzdát v případě, že by vzhledem ke konkrétní situaci bylo jednání spojené s uspokojením nevhodné nebo

---

<sup>18</sup> Slowík, J. Speciální pedagogika.

dokonce společensky nepřijatelné. Ukazatel dosažení potřebné úrovně požadovaných schopností souvisí s pocitem viny a svědomí.<sup>19</sup>

U dětí a dospívajících označujeme za poruchy chování takové projevy, kterých můžeme pozorovat určité obecné znaky.

Nerespektování platné společenské normy, jedinec normy chápe, ale není ochoten je akceptovat, nebo se není schopen jimi řídit. O poruchu se nejedná v případech, kdy jedinec normu nechápe a nerozumí jí. Musíme proto posuzovat úroveň rozvoje rozumových schopností.

Neschopnost navazovat a udržet přijatelné sociální vztahy. Souvisí to s odlišnými způsoby interakce s okolím v důsledku nižší míry empatie, zploštělé emocionality a egocentrismu.

Bezohlednost vůči okolí, spojená s uspokojováním vlastních potřeb bez ohledu na své okolí, společnost a druhé.

Chybějící svědomí a pocit viny.

Vývojové poruchy chování mohou být v průběhu dětství a dospívání přechodné. Často jde o výkyvy v chování jako reakce na různé podněty okolí a mohou mít různou příčinnost. Z diagnostického hlediska je považujeme za ukazatele možného dalšího vývoje. Mohou ústit v závažnější formy poruch chování.

### **3.1 klasifikace poruch chování**

Podle Vojtové pedagogické pojetí poruchy emocí nebo chování kombinuje model biologický, psychologický a sociální. Podle tohoto pojetí je porucha chování nebo emocí výsledkem interakcí zdravotního stavu jedince, jeho osobnostními faktory a vnějšího prostředí, ve kterém jedinec žije. V současném pojetí získává na významu faktor životní perspektivy. Pedagogické ovlivňování poruch chování, mezi které patří edukace, prevence, intervence a rehabilitace směřuje k zlepšení kvality života v současnosti i v budoucnosti, dospělosti jedince. Současné pojetí poruchy chování a emocí zohledňuje celkovou životní a sociální situaci dítěte, které daným postižením trpí. Odráží osobnost dítěte, jeho zážitky a zkušenosti, sociální podmínky, ve kterých vyrůstá a jeho vnitřní prožívání. Dalším okruhem, který nazývá Vojtová pojmem „potencialita“ dítěte, je směřování dítěte a jeho

---

<sup>19</sup> Fischer, S. - Škoda, J. Speciální pedagogika. S. 128.

osvobození se od vlivu dospělých. Významnou roli hraje vzdělávání, které má vliv na kvalitu života v dospělosti. Nedostatečné vzdělání může v dospělosti vést k sociálnímu vyčleňování. Třetí okruh zahrnuje základní výchovně-vzdělávací cíle, které by měly zohledňovat motivaci k celoživotnímu vzdělávání, které pomáhá jedinci v průběhu života zkvalitňovat vlastní životní podmínky, jeho uplatnitelnost na trhu práce a v neposlední řadě je jedinec díky celoživotnímu vzdělávání a učení schopen adekvátně reagovat na změny životních situací.<sup>20</sup>

Train rozděluje poruchy v dětském věku do tří skupin. Poruchy související s hyperaktivitou a neschopností soustředit se. Poruchy související se sociálními vztahy, komunikací, učením a koordinací. Poruchy vyvolané úzkostí a stresem, deprese a schizofrenie.

### **poruchy související s hyperaktivitou a neschopností soustředit se, s asociálním chováním a užíváním návykových látek**

První oblastí jsou potíže spojené s neschopností vydržet v klidu a soustředit se na daný úkol. Jde o širokou skupinu dětí, které nejvíc vyrušují. Jsou to děti bez zjevných potíží, a proto se zdá, že jsou pouze nevychované. Patří sem děti netečné a apatické, ale také děti, které se nedají zklidnit. Poruchy, kterými tyto děti mohou, vedou v případě, že nejsou včas rozpoznány k asociálnímu chování a v konečné podobě může být tento problém hodnocen jako porucha chování. Tyto poruchy označujeme v české terminologii hyperkinetický syndrom nebo hyperaktivní syndrom. Častěji se můžeme setkat se zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), která vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace. Existují 3 podskupiny ADHD, podle vzájemného vztahu nepozornosti a impulzivity:

- kombinovaná – je přítomna impulzivita i nepozornost
- s převahou nepozornosti
- s převahou impulzivity

Druhou oblastí je asociální chování a neposlušnost. Patří sem porucha chování, kterou Train dělí do tří kategorií:

- agrese vůči lidem a zvířatům, dítě může šikovat ostatní, nebo je fyzicky napadat, bude týrat zvířata

---

<sup>20</sup> Vojtová, V. Kapitoly ze základů etopedie.

- ničení majetku, jde o úmyslné ničení majetku druhých, ale patří sem i zakládání požárů
- podvádění a krádeže, dále vandalismus nebo vloupání

Asociálním chováním je také porucha opozičního vzoru. Dítě je odmítavé neposlušné a nepřátelské vůči autoritám. Nejčastějšími projevy jsou hádky s dospělými, aktivní odpor vůči autoritám a odmítání pravidel.

Třetí oblastí jsou problémy související s užíváním návykových látek. Problémy s užíváním návykové látky dělí autor do 3 oblastí:

- závislost na návykových látkách, zařazuje zde nutkání požívat návykovou látku, růst tolerance na účinné látky a abstinenční příznaky
- škodlivé užívání návykových látek, kdy se objevují problémy sociální a mezilidské
- akutní intoxikace návykové látky, užíváním drogy je ovlivněna centrální nervová soustava dítěte

Této problematice věnujeme samostatnou kapitolu.

### **poruchy související se sociálními vztahy, komunikací, učením, koordinací**

Jde o děti, k nimž rodiče obtížně hledají cestu k porozumění. Problémy ve společenských vztazích, v komunikaci a neobvyklé chování či záliby jsou příznačné pro dětský autismus. Dítě má potíže se sociálními vztahy, komunikací a má omezený a vyhraněný repertoár zájmů a činností. Do této kategorie řadíme také Aspergerův syndrom, u kterého dítě má některé příznaky autismu, ale nemá tak výrazné symptomy, neodmítá společenský kontakt a snaží se vyhledávat společnost. Další skupinou jsou poruchy řeči a jazyka. Dítě se obtížně vyjadřuje směrem k ostatním. Rozlišujeme dvě formy této poruchy. Získanou, nejčastěji po úrazu nebo nemoci a vývojovou. Mezi problémy s učením a koordinací patří především dyslexie – specifická porucha čtení a dyspraxie – vývojová porucha koordinace.

### **poruchy vyvolané úzkostí a stresem, deprese a schizofrenie**

Děti, o nichž se domníváme, že jejich náročné chování je způsobeno stresem. Dítě může být silně úzkostné nebo extrémně stydlivé a plaché. Patří sem také děti, jejichž chování je ovlivněno vtíravými myšlenkami a nutkavými činnostmi. Do poruch vyvolaných úzkostí a stresem řadí Train generalizovanou úzkostnou poruchu. Tyto děti jsou úzkostné, mají obavy, zda zvládnou různé činnosti. Mají poruchy spánku a snadno se rozcílí. Žijí ve stavu

neustálého napětí. Děti se separační úzkostnou poruchou, která mají problémy s odloučením od blízké osoby nebo domova. Bojí se být o samotě, může to vyústit až do odmítání docházení do školy. Dále zde můžeme nalézt specifickou fobii, strach z určitého předmětu nebo situace, která by mohla nastat. Sociální fobie vede k vyhýbání se společností, dítě má strach ze setkání s neznámými lidmi, nedokáže se plnohodnotně účastnit všech aktivit. Další poruchou je posttraumatická stresová porucha, jako následek určité nepříjemné zkušenosti často spojené se zraněním. Poslední poruchou je obsedantně kompulzivní porucha, která se vyznačuje nechtěnými, opakujícími se myšlenkami anebo nutkavým opakujícím se jednáním.

Další skupinou jsou psychické poruchy s tělesnými projevy. Nejznámější poruchou jsou tikové poruchy včetně Tourettova syndromu. Tiková porucha může být přechodná nebo chronická. V poslední době často diskutovanou skupinou jsou poruchy příjmu potravy. V dospívání se může objevit strach z toho, že dítě ztloustne a proto začne držet dietu, která může ve svých důsledcích vést až ke vzniku mentální anorexie. Porucha může být chronická i trvalá. Mentální bulimie se objevuje v pozdním dospívání a je charakteristická opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Kombinuje se konzumace velkého množství jídla s touhou zachovat štíhlost. Jedinec u sebe jako reakci vyvolá zvracení. Psychické poruchy s tělesnými projevy podle Traina uvádíme dále jen výčtem: Sebeпоškozování, enuréza a poruchy spánku. Samostatnou skupinu tvoří poruchy nálady, kam patří depresivní porucha, která se vyznačuje tím, že dítě je unavené, vyčerpané, není schopné prožívat radost, pomýšlí na sebevraždu a vyjadřuje pocity viny. Předcházet jí může dystymická porucha, která na se na rozdíl od depresivní poruchy, vyznačuje mírnějšími symptomy. Další poruchou z kategorie poruchy nálad je bipolární afektivní porucha. Dítě prochází jednou nebo více fázemi narušené nálady ve formě deprese nebo mánie, Často jde o fáze smíšené. V manické fázi je dítě ve stavu, kdy je dítě v přehnaně dobré náladě, má nižší potřebu spánku a srší nápady. Ve smíšené fázi se rychle střídá deprese s mánií. Poslední poruchou, kterou uvádí Train je schizofrenie.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Train, Alan. Nejčastější poruchy chování dětí.

### **3.2 typy chování podle druhu socializace**

- osoby s prosociálním chováním
- osoby s disociálním chováním
- osoby s asociálním chováním
- osoby s antisociálním chováním

#### **osoby s disociálním chováním**

- jednání, které nevybočuje ze společenských norem
- problémové chování jen při zátěžové situaci
- problémové chování je i pro tohoto jedince vybočením z norem, má epizodický charakter

#### **osoby s disociálním chováním**

- chování nespolečenské, nepřiměřené, dá se zvládnout přiměřenými pedagogickými postupy, nenabývá sociální dimenze
- časté v rodinné a školní výchově, přestupky proti řádu, neposlušnost, vzdorovitost, negativismus, lži
- objevují se v určitých vývojových stádiích nástup do školy, puberta)
- doprovázejí primární postižení (LMD, neurózy)
- mívají přechodný ráz, mohou vymizet samy nebo za pomoci odborníků formou ambulantní péče (terapeut, psycholog, speciální pedagog).

#### **osoby s asociálním chováním**

- chování je v rozporu se společenskou morálkou, nemají dostatečné sociální cítění, výrazně se odlišují od společenského průměru
- porušují normy, pravidla morálky, ale intenzitou nepřekračují právní předpisy
- škodí sami sobě (alkohol, záškoláctví, toxikomanie)
- objevují se často a chování má vzestupný charakter (útěky, toulky, záškoláctví, demonstrativní poškozování, alkoholismus, nikotinismus, toxikomanie, gamblerství)
- náprava vyžaduje speciální přístup, poradny se mívají účinkem (ústavní péče ve speciálně výchovných zařízeních, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity)

### **osoby s antisociálním chováním**

- protispolečenské chování bez ohledu na věk, původ, intenzitu činu
- svými důsledky poškozují společnost i jedince, ohrožují nejvyšší hodnoty včetně lidského života
- porušuje zákony dané společností, náprava je možná pouze formou ústavní péče (školská zařízení, věznice), ve kterých je možné komplexní působení na jedince
- veškerá trestná činnost, krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, zabití, vraždy, vystupňované násilí a agresivita, terorismus, organizovaný zločin, trestná činnost související s toxikomanií
- velká pravděpodobnost recidiv

### **3.3 poruchy chování podle věku**

- dětská prekriminalita
- juvenilní delikvence (mladiství)
- kriminalita dospívajících a dospělých (nad 18 let)

Pro naše účely se budeme věnovat dvěma věkovým kategoriím ve vztahu k zařízení institucionální výchovy.

#### **kategorie 6 – 15 let**

- nástup do školy, puberta – krizová období z hlediska vzniku poruch chování
- označení: prekriminalita, dětská delikvence, dětská kriminalita
- souvisí s velkými městy (anonymita)
- činy - skupinovitost, nepřipravenost, nepromyšlenost, spontánně páchané, málo plánované a připravované
- většinou prvopachatelé i když se začínají vyskytovat taková jednání, která by ve vyšší věkové kategorii byla posuzována jako trestný čin
- nárůst brutality a toxikomanie

#### **kategorie 15 – 18 let**

- formují se rysy osobnosti, probíhají sociální změny, silný vliv vrstevníků
- činy se blíží kriminalitě dospělých, často recidiva
- opilství, výtržnictví, neoprávněné užívání motorového vozidla, rozkrádání, trestné činy v souvislosti s toxikomanií, gamblerství, prostituce

- většinou osoby s ukončenou povinnou školní docházkou a bez kvalifikace nebo dělnické profese

Skupiny ohrožených dětí podle Krause: <sup>22</sup>

- děti žijící v různých institucích (sirotčince, dětské domovy, ústavy, nemocnice, nápravná zařízení)
- děti mentálně či fyzicky postižené
- děti z neúplných rodin nebo děti žijící v bídě
- děti opuštěné, které žijí v partách a tráví 6-8 hodin na ulici
- děti infikované AIDS, drogově závislé, dlouhodobě nemocné
- děti, které jsou předmětem obchodu a ilegální mezinárodní adopce
- děti, které se dopustily trestné činnosti

### **3.4 klasifikace poruch chování a emocí podle MKN 10**

Podle mezinárodní klasifikace nemocí - MKN-10 rozlišujeme poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (uvádíme zde pouze výčet těch poruch chování a emocí, které mají vztah ke zvolenému tématu naší práce):

#### **hyperkinetické poruchy**

Skupina poruch, která má svůj počátek obvykle již v prvních pěti letech života. Děti nedokážou dokončit činnost, jsou málo vytrvalé, přebíhají od jedné činnosti ke druhé. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, často se u nich vyskytují úrazy. Konflikty do kterých se často dostávají, nejsou způsobeny promyšleným porušováním pravidel. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení.

- porucha aktivity a pozornosti
- hyperkinetická porucha chování
- jiné hyperkinetické poruchy
- hyperkinetická porucha nespecifikovaná

#### **poruchy chování**

Opakované a přetrvávající agresivní, asociální nebo vzdorovité chování. Nepatří zde běžné dětské zlobení nebo opoziční vzdor dospívajících. Je společensky závažnější a má

---

<sup>22</sup> Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky.



trvalejší průběh. Charakteristickými projevy je například nadměrné praní se nebo týrání, krutost k lidem nebo ke zvířatům, závažné destrukce majetku, zakládání požárů, krádeže, opakované lži, záškoláctví a útěky z domova, neobvykle časté a silné výbuchy vzteku a nekázeň.

- porucha chování vázaná na vztahy k rodině je disociální nebo agresivní chování soustředěné na domov a směřující na vzájemné vztahy členů rodiny nebo dalších členů domácnosti. Nepatří sem i silně narušený vztah dítěte s rodiči
- nesocializovaná porucha chování charakterizována kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným pervazivním (zasahujícím všechny oblasti psychiky či sociální situace) narušením vztahu jedince k ostatním dětem. Porucha chování samotářského agresivního typu a nesocializovaná agresivní porucha
- socializovaná porucha chování je porucha chování s disociálním nebo agresivním chováním trvalého rázu. Vyskytuje se u jedinců, kteří se dobře začleňují do vrstevnických skupin. Jde o poruchy chování skupinového typu, delikvenci v souvislosti s partou a záškoláctví
- opoziční vzdorovité chování, tato porucha se vyskytuje u mladších dětí. Děti jsou neposlušné, vzdorovité. Toto chování není provázeno delikvencí, disociálním chováním a výraznější agresivitou
- jiné poruchy chování
- porucha chování nespecifikovaná, kam patří i nespecifikované dětské poruchy chování

### **smíšené poruchy chování a emocí**

V tomto případě jde o kombinaci trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí.

- depresivní porucha chování, kdy jedinec vykazuje poruchy chování v kombinaci s trvale výraznou depresí, jejímiž projevy jsou nadměrný smutek, nedostatek zájmu a radosti z běžné činnosti, pocity viny a beznaděje. Může se projevovat poruchou spánku a chuti k jídlu
- jiné smíšené poruchy chování a emocí. Jde o kombinaci poruch chování s trvalými a výraznými emočními symptomy, jako je chorobná úzkost utkvělé představy nebo nutkavé jednání. Setkáme se i s fobiemi a hypochondrií.

### **emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství**

Jde o stavy, které překračují vývojovou fázi, ve které se jedinec nachází. Rozhodující je přiměřenost vývoje.

- separační úzkostná porucha v dětství
- fobická anxiózní porucha v dětství
- sociální anxiózní porucha v dětství
- porucha sourozenecké rivality
- jiné dětské emoční poruchy, poruchy identity, nadměrně úzkostná porucha

### **poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání**

Skupina poruch, které se projevují nepřiměřeně v sociálních funkcích a začínají během vývojového období. Klíčovou roli hrají poruchy a nedostatky vnějšího prostředí.

- reaktivní porucha přichylnosti dětí, je reakcí na změny zevního prostředí (např. bázlivost a nespavost, špatná sociální interakce s vrstevníky, agrese k sobě a druhým, trápení). Tento syndrom se pravděpodobně vyskytuje jako výsledek výrazného nezájmu rodičů, zneužívání dítěte nebo špatného zacházení s ním
- porucha desinhibovaných vztahů u dětí je porucha sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství projevující se přítulným jednáním, přichylným přátelským a mazlivým chováním ke každému (i k cizím osobám), která má tendenci přetrvávat i přes zřetelné změny v okolním prostředí. Dítě vyžaduje trvalou pozornost. Řadíme zde syndrom ústavního dítěte.

### **jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání**

Skupiny poruch, které mají společný začátek v dětství. Jde o poruchy, které rozpoznáváme pouze podle určitých syndromů, některé se vyznačují některými příznaky.<sup>23</sup>

## **3.5 agresivita a násilí**

„Agresivita a násilí prostupují celou společností. Násilí, války a kriminalita dosáhly takových rozměrů, že je zkoumání příčin a možnost eliminace agresivních forem chování stále v popředí zvýšeného zájmu. Prezentace násilí prostřednictvím masmédií, internetu a dalších technologií se dále šíří a rozrůstá. Takové jevy, jako terorismus, pak úzce souvisí

---

<sup>23</sup> Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání.

dokonce až s otázkou přežití. Problém lidské agresivity je otázkou psychologickou, sociologickou a také politickou.<sup>24</sup>

Tuto samostatnou kapitolu zařazujeme do své práce, protože násilí, je fenoménem, který nabývá na své intenzitě u dětí zařazených do zařízení institucionální výchovy. Nejznámější případ násilí s tragickými následky se odehrál v dětském domově se školou a výchovném ústavu v Chrastavě na Liberecku. Násilí je také předmětem našeho zkoumání.

Pro agresivitu není obecně přijatá definice, stejně tak je to i s klasifikací agresivity. Z pohledu sociální patologie můžeme použít klasifikaci, kterou uvádí Fišer a Škoda.

### **agresivita a agrese**

Tyto pojmy jsou často v češtině zaměňovány, v odborném jazyce ale mají rozdílný význam. Martínek definuje agresivitu jako schopnost organismu mobilizovat síly k boji o dosažení cíle. Jde o charakteristický znak osobnosti jedince, tedy dispozici k agresivnímu chování. Agrese je výpad, útok, tedy jednání, kterým jedinec projevuje násilí vůči jinému objektu s cílem ublížit.<sup>25</sup>

### **druhy agresivity**

Zlostná agresivita, která je reaktivní formou jednání, které přináší uspokojení. Zařazujeme zde projevy, kterými jsou zášť, nenávist a cílené způsobování bolesti.

Instrumentální agresivita. Jde vždy o prostředek k dosažení cíle. Za instrumentální agresivitu nepovažujeme reaktivní jednání s cílem ochrany sebe nebo blízkých (odvrácení škod a nebezpečí). Negativně hodnotíme takové jednání, které směřuje aktivně k uspokojení vlastních potřeb.

Spontánní agresivita kdy způsobení bolesti přináší emocionální uspokojení (sadismus).

### **příčiny agresivity**

Příčiny agresivního jednání můžeme dělit na vrozené a získané. Vrozené dispozice, které nepřekročí společenskou normu, jsou potřebné pro ochranu vlastního teritoria a vytvoření společenské hierarchie. Jedním z biologických faktorů u mužů, které mají vliv na agresivitu, je hladina testosteronu. Vedle biologických dispozic můžeme zaznamenat i dispozice sociokulturní, které se rozvíjejí sociálním učením. Vliv má zde rodina, vrstevnické

---

<sup>24</sup> Fischer, S. – Škoda, J.. Sociální patologie.

<sup>25</sup> Martínek, Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže.

party, armáda apod. Zařazujeme zde i vliv médií a ideologií. Agresivnímu chování se jedinec může naučit i pozorováním a nápodobou.

### **sociální aspekty**

Agresivita je záležitostí nejen jednotlivců, ale také společenských skupin, do kterých řadíme vrstevnické party. V neposlední řadě je záležitostí celé společnosti. Některým projevům násilí ve společnosti se přizpůsobují normy a zvyšuje se tak tolerance k agresivitě. Tolerance společnosti se různí z pohledu motivace, která vede k agresivitě.

Nejvíce tolerovanou je agrese, která vzniká z důvodu ochrany. Různí se podle charakteru útoku a intenzit obrany.

Tolerance, jejíž důvodem je pomsta je ve společnosti méně tolerovaná, protože zde není přímá příčinná souvislost a čin je předem plánován. Vliv ale může mít tradice a zvyky.

Uspokojování některých potřeb materiálních, seberealizace a vydírání.

Vliv na vyšší četnost agrese má sledování násilí. Byl prokázán vliv sledování násilí v televizi u chlapců, dříve tento vliv nebyl prokázán. Sledování násilí může vést ke zvědavosti a později také k zálibě v násilí. Také se mění postoje k násilí.

Specifickou formou násilí je vandalismus. Toto chování může být i trestné a můžeme ho hodnotit jako delikvenci. S vandalismem se setkáváme často u adolescentní mládeže a v partách mládeže, kde představuje životní styl. K vandalismu často dochází pod vlivem návykových látek. Hlavním znakem vandalismu je jeho iracionalita.

### **prevence**

ovlivňování veřejnosti, velkou úlohu hrají přirozené i autority a mediálně známe osobnosti. Nezastupitelnou úlohu hrají média a instituce (škola, úřady)

psychoterapie, která bývá často využívanou metodou. Jde o sociální výcvik, poradenství a intervenci ve vypjatých situacích. Hlavním cílem je změna reagování a korekce do sociálně přijatelné formy

farmakologická léčba, která je součástí psychiatrické péče.

## 4. ETOPEDIE

Základním vědním oborem, který zkoumá poruchy chování a představuje teoretickou základnu pro práci s dětmi v zařízeních institucionální výchovy je etopedie, vědní disciplína speciální pedagogiky. „Etopedie se zabývá výchovou a vzděláváním sociálně narušené neboli obtížně vychovatelné mládeže. Je relativně nejmladší speciálně pedagogickou disciplínou. Sleduje příčiny a projevy chování člověka mimo společenskou normu a hledá reedukační opatření a možnosti.“<sup>26</sup>

Původně byla problematika poruch chování zahrnuta v oboru psychopedie. K vyčlenění etopedie z psychopedie došlo v roce 1969 pro značnou rozdílnost problematiky osob s mentální retardací (MR) a osob mravně narušených. Průkopníky péče o mravně narušené jedince byli Pestalozzi a Rousseau. Zdůrazňovali nutnost speciální přístupu a velký důraz kladli před represí na výchovu. Jan Ámos Komenský ve svých dílech poukazuje na to, že lze tyto jedince vzdělávat. Základy etopedické terminologie položil v roce 1989 Jindřich Kuja, který v roce 1989 vydává „Základy etopedické terminologie“<sup>27</sup>. Od počátku utváření tohoto vědního oboru se etopedie do značné míry překrývala s oborem léčebná pedagogika, která byla definována jako obor zaměřený na problematiku výchovně léčebné práce se sociálně nepřizpůsobivými a emocionálně narušenými dětmi. V 80. letech došlo k terminologickému sjednocení. V roce 1978 je vydán Defektologický slovník, který je podkladem pro vytvoření slovníku etopedického pod názvem Speciálně pedagogická terminologie etopedická, jeho autoři jsou Pohunková a Vocilka. Autoři v tomto díle definují etopedii jako vědní obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a výzkumem sociálně narušené mládeže.<sup>28</sup>

Etopedie se zabývá výchovou, převýchovou, vzděláváním a pracovní přípravou mravně narušených jedinců. Cílem je začlenění těchto jedinců do společnosti. Výchova má charakter převážně pedagogický, ale vyžaduje spolupráci dalších oborů. Etopedie používá speciální metody převýchovy, speciální didaktické postupy a psychoterapeutické ovlivňování jedince. Úkolem je vyhledat jedince, který má problém, přemístit ho do specifických podmínek, diagnostikování, navozovat žádoucí návyky, přizpůsobovat se životu v ústavní péči, vzdělávat a motivovat jedince s poruchou chování, začleňovat ho do mimoškolní

---

<sup>26</sup> Kremličková, M. - Novotná, M. Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele.

<sup>27</sup> Kuja, J. Základy etopedické terminologie.

<sup>28</sup> Vocilka, M. - Pohunková, J. Speciálně-pedagogická terminologie etopedická.

činnosti a nabízet adekvátní pracovní uplatnění. Význam etopedie spočívá v tom, že chrání společnost před sociálně narušenými jedinci.

#### **4.1. etopedie v systému věd**

Jedná se o multidisciplinární obor, který vychází ze všech věd, které se zabývají člověkem.

Vztah k pedagogice – integrace a zhuštění běžných pedagogických vlivů – specifické přístupy v etopedii, kde selhaly běžné pedagogické postupy.

Vztah k filozofii – náhled na život, ovlivňuje postoje společnosti vůči člověku, který je mimo normu, čerpá z humanistické filozofie – víra v převýchovu.

Vztah k vývojové psychologii – určuje požadavky, co je normální vývoj, specifikuje zvláštnosti jednotlivých vývojových období.

Vztah k pedagogické psychologii – normy vztahů ve škole, zákonitosti procesů učení – odhalení patologie.

Vztah k sociální psychologii – sleduje procesy v sociálních interakcích, jak fungují společenské skupiny.

Vztah k patopsychologii – hraniční stavy psychické, stav mezi normálem a patologií, analýza psychických jevů.

Vztah k axiologii – zkoumá obecný problém hodnoty, vztah jedince k hodnotovému systému.

Vztah k etice – objektem zkoumání je morálka.

Vztah k sociologii – věda o zákonitostech a fungování soc. systému.

Vědy právní – mají normativní význam, určují některé další způsoby převýchovné péče.<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Vocilka, M. Vybrané statě z etopedie.

## 4.2. jedinec v etopedické péči

### 4.2.1 osobnost jedince

Porucha struktury osobnosti vedoucí k poruše chování se projevuje v závislosti na převládající složce osobnosti a na podmínkách sociálního prostředí. Důsledky těchto poruch chování se projevují v různém rozsahu v jednotlivých formách sociální činnosti, ve výchově, vzdělání a v práci. Tyto osoby vyžadují komplexní rehabilitační péči. Osobnost sledujeme spíše u mládeže a dospělých, protože děti nemají osobnost ještě stabilně utvořenu a nelze ji proto hodnotit.

- chování nerespektuje sociální normy platné v dané společnosti, nejedná se o poruchu, pokud není schopen pochopit význam hodnot a norem (MR, jiné sociálně kulturní prostředí)
- není schopen udržovat přijatelné sociální vztahy, hlavní překážkou je nedostatek empatie a egoismus, nadměrné zaměření se na sebe a na uspokojování svých vlastních potřeb
- nechápe význam přizpůsobení se standardnímu sociálnímu očekávání, sám velmi často nezažil citový vztah, který by mu dal pozitivní životní zkušenost a rozvinul jeho empatické schopnosti
- nepociťuje vinu za porušení normy, jeho svědomí není dostatečně rozvinuto
- agresivita je způsobem chování pro něj typickým.

### 4.2.2 poruchy osobnosti

Kalina uvádí klasifikaci poruch osobnosti ve čtyřech kategoriích:

- osoby neurotické
- osoby psychopatické
- osoby sociálně nepřizpůsobivé
- osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Kalina, K. Jak žít s psychózou.

Podle Vocilky můžeme rozdělit poruchy osobnosti do pěti kategorií.

### **neurotický jedinec**

Původ vlivem genetiky, rodiny školy, onemocnění - labilní, snížený stupeň sebeovládání, vyšší pohotovost ke zkratovému jednání, vyšší napětí, neumí se uvolnit, špatně snáší zátěž, má narušenou psychickou a fyzickou rovnováhu, je emocionálně labilní. Objevuje se agrese a disociální chování. Největší vliv na poruchy má právě prostředí a jeho momentální působení na jedince.

### **psychotický jedinec**

Vrozená dispozice – soubor trvalých povahových odchylek, abnormální struktura jedince a jeho osobnosti, neadekvátní chování, nepřizpůsobivost, nepřiměřené vztahy a konflikty s okolím. V období puberty se všechny psychopatické projevy znásobí a zesílí, útoky, agresivita, delikventní sklony.

### **jedinec sociálně nepřizpůsobivý**

Jde hlavně o občany propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, jsou vedeni v trestním řízení v podmínce, lidé těžce závislí na alkoholu a drogách, lidé žijící nedůstojným způsobem života, mladiství po opuštění ústavní výchovy nebo ochranné výchovy. Patologické chování nemá trvalý charakter, dá se zvládat v případě, kdy se nejedná o recidivy.

### **jedinec se sníženými rozumovými schopnostmi**

Obtížná výchova a vzdělání z důvodů MR, kriminalita již u dětí s nízkým IQ. Jedinci, kteří jsou schopni posoudit správnost svého chování, jsou v pásmu lehké mentální retardace (LMD). Často jsou manipulováni, nepřemýšlí o důsledcích svého chování, nechápou souvislost, chybí u nich volní složka a náhled na věc.

### **jedinec se syndromem LMD**

Jedná se dnes o třetinu dětí, které jsou v péči etopeda, LMD nebývá důvodem k umístění dětí do ústavní výchovy, pokud nepřerůstá k těžkým poruchám chování, disocialitě a dále. Děti trpí poruchami motorických funkcí, vnímání, myšlení, poruchami chování a změnami osobnosti. Psychický neklid, hyperaktivita, impulsivní jednání, nestabilita, pohybová neobratnost, problémy s kontaktem s okolím, nízká frustrační tolerance, sociální chování neodpovídá věku nebo IQ, jeví se infantilnější, inklinují k poruchovému chování. Dnes nalezneme takzvané hyperaktivní dítě téměř v každé třídě prvního stupně základní



školy. Pro práci s těmito dětmi je třeba především trpělivost a speciálně pedagogický přístup.<sup>31</sup>

### 4.2.3 patogenní činitelé

Duševní vývoj normální i odchýlný je dán rozvojem vrozených dispozic v interakci s prostředím (biopsychosociálně) = základní činitelé. Pro úspěšný vývoj je třeba, aby dědičné a předpoklady a vlivy prostředí byly v normě a aby zrání a učení působilo ve vzájemném souladu i časově shodě. Platí, že čím je genetická odchylka závažnější, tím méně se mohou uplatnit vlivy prostředí.

#### Vnitřní

- genetické dispozice (chromozomální aberace-porucha počtu chromozomů, genové mutace)
- zvýšená připravenost vnímavosti organismu vůči patologickým podnětům až přímé dědičné přejímání sklonů k asociálnímu až antisociálnímu jednání
- psychologické a biologické faktory, kterými jsou raná dětská zkušenost, temperamentní založení, snížená úroveň rozumových schopností, disharmonický vývoj osobnosti, neurotické založení jedince, nedostatečné kompenzování defektů, které vedou k výskytu defektivit
- úrazy hlavy, epilepsie
- faktory psychopatologické zejména neurotické založení jedince, snížená úroveň rozumových schopností, LMD, poruchy CNS, psychopatie a psychózy.

#### Vnější

- rodina, rozlišujeme neúplnou rodinu, doplněnou rodinu a náhradní rodinu
- poruchy funkcí rodiny, které jsou biologicko reprodukční (velký počet dětí v rodině, nezodpovědné rodičovství), ekonomicko zabezpečovací (ekonomická úroveň), emocionální (podceňování emocionálních vztahů v rodině), patologické výchovné přístupy (rodiče se o dítě nedovedou, nechtějí anebo nemohou postarat, perfekcionalismus, rozmazlující), alkoholismus v rodině, delikvence rodičů a příbuzných apod.

---

<sup>31</sup> Vocilka 1994

### Škola

- netaktní přístup
- ironizování dítěte
- nedůvěra ve schopnosti dítěte
- učitel – rutinér, strohý, povrchní, autoritářský
- rozpory mezi slovy a skutky
- pozdní zachycení asociálních projevů.

### Mimoškolní oblast

- negativní působení závadových part
- rodiče často neví, co dělají jejich děti odpoledne, s kým se stýkají atd.
- nuda (neplnohodnotné využívání volného času).

### Vliv médií

- násilí ve filmech, bulvární tisk
- deformování estetického a etického cítění a vkusu
- ohrožují postoje a chování nejmladší generace
- přispívají ke ztrátě morálních zábran
- podporují konzum (mít je víc než být)
- podporují manipulaci (reklamy).

## 5. NÁVYKOVÉ LÁTKY A ZÁVISLOSTI

### 5.1 drogy, definice a rozdělení

#### 5.1.1 co je droga

„Droga je jakákoliv látka, činnost, nebo objekt, který je schopen měnit prožívání a vnímání vašeho vnitřního, nebo vnějšího světa, a může způsobit psychickou, nebo fyzickou závislost. „<sup>32</sup>

„Nejstručněji lze drogu chápat jako každou látku, ať již přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše „vnitřní“ naladění – prostě působí na psychiku.
2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale je přítomen vždy.“<sup>33</sup>

Nejjednodušeji můžeme drogy rozdělit, je dělení na látky společensky akceptované a společensky nepřijatelné. Můžeme taky použít rozdělení na alkoholové a nealkoholové. Pro názornost je třeba uvést, že i užívání tabáku je děleno do dvou skupin a to: tabakismus (žvýkání tabáku) a nikotinismus (inhalování zplodin).

Pod pojem droga zahrnujeme pouze ty látky, pocházející z přírodních zdrojů, nebo vyrobené uměle, které splňují určitá kritéria:

- Tyto látky musí mít psychotropní účinek. Musí silně působit na centrální nervovou soustavu, mění náladu, chování, vnímání, ovlivňují myšlenkové pochody. Vyvolávají podráždění nebo naopak útlum
- droga je škodlivá, protože narušuje normální činnost nervových buněk. Působí omamně
- droga musí být návyková nebo alespoň potencionálně návyková. Návyk vzniká opakovaným užíváním a rychlost jeho vzniku je přímo úměrná účinnosti drogy. Účinnost závisí na dispozicích jedince, který drogu užívá, jeho vnímavosti a

---

<sup>32</sup> Nešpor, K. Návykové látky - romantické období končí.

<sup>33</sup> Presl, J. Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě?

ohrožitelnosti. Vznik závislosti v souvislosti s nastavením jedince různí v čase. Závislost se může vyvinout již po první aplikaci drogy.

- droga musí být snadno dostupná i cenově a musí být vyhledávaná.<sup>34</sup>

Ve svém okolí se může setkat s drogou v nejrůznější podobě prakticky na každém kroku. Látky, které mohou ovlivnit naši psychiku a schopné vyvolat závislosti jsou všude kolem nás. Nejčastěji se setkáváme s drogami naší společnosti tolerovanými, jejichž distribuce je naprosto legální. Nabídka alkoholických nápojů vč. piva a tabákových výrobků je zastoupená bohatě v každém potravinářském obchodě, ale i na dalších místech – benzinových čerpadlech, kioscích apod.

Podle Záborského se v současnosti vžil pojem droga a závislost jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném smyslu (zájmy, záliby, náklonnost k jinému člověku) tak v pejorativním smyslu (moc, sex atd.). Droga a závislost je často používaným pojmem zejména v psychiatrii pro kompulzivní chování, například patologické hráčství, závislost sportem, na internetu nebo zdravém životním stylu a podobně.<sup>35</sup>

### 5.1.2 dělení drog

Existuje řada přístupů k rozdělení návykových látek do kategorií. Drogy můžeme dělit podle několika hledisek.

Podle působení na organismus můžeme drogy rozdělit do šesti kategorií:

#### **opiáty: opium, morfin, kodein, heroin a řada léků**

Narkotická analgetika (opiáty) představují léky, původně získané z opia (zaschlá šťáva získaná z nezralých makovic máku setého), z nichž nejznámější je morfin a kodein. V medicíně byly a jsou tradičně používány k tlumení silných bolestí (morfin) a tišení kašle (kodein). Později byly nahrazovány syntetickými přípravky se stejnými nebo silnějšími účinky a menším rizikem vzniku závislosti. Mezi opiáty patří řada léků. Na morfin, kodein a jejich deriváty (heroin, brown) vzniká poměrně rychle výrazná fyzická závislost, charakterizovaná projevy abstinčního syndromu, tzv. opiátového typu (bolestí svalů a kloubů, pocení, slzení a průjem). Nejznámější zástupce této kategorie je Heroin. Závislost na něj se vyvíjí extrémně rychle, takže už po několika jednotlivých dávkách se po vysazení

---

<sup>34</sup> Používaná terminologie.

<sup>35</sup> Záborský, T. Drogová epidemiologie.

mohou vyskytnout výrazné abstinční příznaky. Všechny opiáty působí na organismus velmi tlumivě. Heroin, jako nejsilnější z nich je proto velmi nebezpečný právě pro tuto svou vlastnost. Při intravenózním užívání je velké riziko nákazy AIDS a jiných nebezpečných chorob, protože se často používají nesterilizované jehly, které už byly použité.

### **alkoholo-barbiturátový typ: alkohol, barbituráty, další uklidňující a uspávací látky a léky**

Při dlouhodobém a častém popíjení nebo při pravidelném pití alkoholu ve větším množství se může rozvinout nebezpečná závislost - alkoholismus. Alkoholismus je chronické, recidivující onemocnění, které postihuje psychickou i fyzickou stránku člověka, ale také jeho okolí – rodinu, přátele, kolegy. Lidem se zdá, že alkohol v malých množstvích zvyšuje energii a způsobuje, že se cítí čilejší a společenštější. Ve skutečnosti je však jeho vliv na centrální nervový systém tlumivý, ne stimulující. U alkoholu se stejně jako u většiny drog při opakovaném užívání vyvíjí tolerance, takže jsou potřebné stále vyšší dávky na dosažení stejného účinku. Při alkoholu se vyvíjí relativně pomalu, stoupá však se snižujícím se věkem.

Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové, mají velmi vysoce tlumící účinek na nervovou soustavu. Jsou silně návykové, závislost na nich vinou předávkování může skončit smrtí. Závislost na barbiturátech vzniká poměrně rychle, projevuje se psychicky i fyzicky.

### **stimulační látky (kokain, pervitin, amfetamin)**

Kokain je droga přírodního původu ve formě bílého prášku. Nejčastěji se užívá šňupáním, vzácněji je kouření nebo požití ústy. Účinek se projevuje velice rychle, obvykle za několik sekund. Mimořádně nebezpečná droga na bázi kokainu je crack, který se kouří v malých skleněných faječkách. Kokainové drogy vyvolávají pocit síly, euforii, stupňuje se výkonnost a mizí únava, zvyšuje se sebedůvěra, snižuje se potřeba spánku a mizí pocit hladu. Z tělesných projevů je přítomen vzestup srdeční frekvence, zrychlení dýchání, vzestup krevního tlaku, rozšíření zornic, pocit chladu obličeje, svědění kůže. Při rozvinuté závislosti jsou přítomny trvalý neklid, poruchy spánku, paranoidní stavy, deprese, přecitlivělost na různé, hlavně zvukové podněty. Pervitin (metamfetamin) je typicky český produkt. Pervitin je droga stimulační. To znamená, že člověk má pocit, jakoby měl více sil, odpadáva únava. Pod jejím vlivem je schopen vyšších výkonů skoro ve všech oblastech. Amfetaminy jsou často prodávány na ulici pod specifickými názvy. Nejběžnější je „spíd“(speed).

### **kanabinoidy: hašiš, marihuana**

Mají negativní fyzické a duševní účinky. Např.: zvýšení srdečního tepu, krví podlité oči, sucho v ústech a v krku a zvýšená chuť k jídlu. Řadíme sem drogy vyrobené z konopí, tj. tzv. marihuanu, hašiš a hašišový olej. Marihuana je vlastně název drogy získané z rostliny konopí. Sociologické výzkumy ukazují, že maximální zájem o marihuanu se objevuje v rané pubertě, později se ustaluje na stabilním množství a ještě později se spotřeba snižuje. Z marihuany se vyrábí hašiš. Hašiš je lehká droga, pryskyřice z rostlin konopí setého. Účinná látka je jako u marihuany tetrahydrocannabinol (THC), hašiš má pouze silnější účinky. Běžně se s marihuanou kombinuje. Má hnědou nebo tmavě zelenou až černou barvu. Je pevného skupenství, po zahřátí měkne.

### **těkavé látky (toluen, trichlorethylen, aceton, ředidla, benzin)**

Používáme také název organická rozpouštědla. Jak již název napovídá, tyto látky rozpouštějí organickou hmotu. Dochází k poškození mozkové tkáně a k snižování psychických projevů. Organická rozpouštědla doslova dělají díry do mozku. Tyto látky jsou snadno dostupné a objevuje se nejčastěji „čichání v partách“, které může končit smrtí.

### **tlumivé látky (hypnotika, sedativa, analgetika)**

Analgetika jsou léky proti bolesti (např. alnagon). Hypnotika léky na spaní (např. dormogen). Uklidňující léky souborně nazýváme sedativa, poslední významnou skupinou léků jsou anxiolytika, léky proti úzkosti (např. diazepam).

### **alucinogeny (LSD, lysohlávky, extáze)**

Halucinogenní drogy jsou látky, které jsou charakteristické tím, že jejich základní účinek spočívá v kvalitativní změně vědomí. Po požití těchto drog dochází často k výrazným změnám psychiky, hloubky a intenzity vnímání. Objevují se zrakové a sluchové halucinace, projevy depersonalizace, deformace času a prostoru. Bývají přítomny zvláštní vjemy barev a zvuků, zvuky mohou být např. vnímány barevně. Mohou se dostavit extatické prožitky splynutí s přírodou a vesmírem, ale i hrůzné vjemy natolik intenzivní a hodnověrné, že se jim postižená osoba snaží uniknout bez ohledu na možné zranění nebo smrt. U halucinogenů se příliš neprojevuje ani psychická ani fyzická závislost, rizikem je zde krajní nevypočitatelnost jejich efektu. Řada látek patřících do této skupiny má mimo halucinačního ještě zvláštní specifický vliv na vědomí, tyto látky se označují jako psychedelika - látky ovlivňující

spirituální centra svých konzumentů. V 50. letech se používalo LSD v psychiatrii. V 60. letech se rozmohlo jeho zneužívání.

Podle společenské přijatelnosti dělíme drogy na látky společností akceptované a neakceptované (ilegální drogy). Mezi společensky akceptované drogy patří především alkohol a nikotin. Alkohol jsme popsali v předešlé kapitole.

### nikotin

Kouří se z nudy, z rozpačitosti, při práci. Tabák sám nevyvolává extatické stavy, spíše uklidňuje. Kouření odvádí pozornost, což při duševní práci někdy znamená odpočinek. Požitek z kouření ovlivňuje z velké části pozorování kouře. Tabák obsahuje prudký jed nikotin. Ten se při kouření uvolňuje a přechází do kouře, vstřebává se sliznicemi hlavně trávícího (sliznice ústní dutiny) a dýchacího ústrojí. Přechází i do mateřského mléka, též přestup placentou na plod se potvrdil. Nikotin je mitotický jed, postihující buněčné jádro, zvyšuje dráždivost centrálního nervstva, potom ho ochrnuje. V menších dávkách zvyšuje sekreci slin, žaludečních šťáv a potu. U 80% zdravých lidí po vykouření jediné cigarety klesá periferní krevní objem o pětinu až třetinu. Škodlivost podporuje vznik žaludečních vředů, infarktu myokardu, rakoviny plic atd. Pravidlem při kouření je chronický zápal hrtanu, hltanu, průdušnice a průdušek a nechutenství. Oběhový systém se hlásí bušením srdce a nepravidelností tepu. Návyk na nikotin vzniká poměrně rychle. Psychosociální složka převládá nad složkou toxikomanickou. Tolerance na nikotin vzniká poměrně rychle a je dost výrazná.

Podle rizika vzniku závislosti na nich rozdělujeme drogy do dvou základních skupin:

- drogy měkké, jsou drogy s akceptovatelným rizikem. Zařazujeme mezi ně např. kávu, tabákové výrobky, produkty konopí a alkohol. Při nadměrném užívání alkoholu je toto zařazení sporné, protože ovlivňuje tělesné a duševní zdraví, v tomto případě bychom měli alkohol zařadit na rozhraní měkkých a tvrdých drog.
- drogy tvrdé (drogy s neakceptovatelným rizikem), kam patří např. heroin, kokain, crack a pervitin. U těchto druhů omamných drog je riziko vzniku závislosti jednoznačně vysoké.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Základní dělení drog.

## 5.2 drogová závislost

Drogová závislost je abnormální až patologický stav vyvolaný častým užíváním drog. Závislost na drogách začíná častým užíváním drog, která vyvolá psychologicky či fyzicky podmíněnou potřebu drogy cíleně vyhledávat. Drogová závislost vede ke snížení schopnosti přirozeně reagovat na běžné podněty, ve vážnějších stádiích vede k narušení i základních společenských a životních činností a nakonec k selhání funkcí tělesných orgánů po jejich trvalém poškození.

„Pro diagnózu závislosti je potřeba, aby byly přítomny některé z následujících příznaků:

- a) Silná touha užívat látku
- b) Potíže v kontrole užívání látky
- c) Užívání látky k odstranění tělesných odvykacích příznaků
- d) Průkaz tolerance (potřeba vyšších dávek drogy k dosažení žádoucího stavu)
- e) Zanedbávání jiných zájmů a potěšení než je užívání drogy
- f) Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků užívání (depresivní stav, nákaza virovou žloutenkou při injekční aplikaci, cirhóza jater při užívání alkoholu apod.)<sup>37</sup>

„Jednotlivé důvody (příčiny, motivace) pro užívání drog:

- Fyzický důvod (zbavit se únavy, udržet si výkon, uvolnit se).
- Smyslový (zesílit si vnímání barev, hudby, prožitku ze sexu).
- Pocitový (vyvolat si pocity štěstí, ulevit si od strachu, zlosti, smutku).
- Vztahový (prolomit komunikační bariéry, vyzvat děvče k tanci).
- Sociální (patřit do nebo nebýt vyloučen z nějaké skupiny, kde se cítím dobře, např. školní parta, skejtáři, máničky, hipíci, pankáči).
- Politický (protestovat proti protidrogovým zákonům, proti kapitalismu).
- Intelektuální (hledat nové pohledy na řešení různých problémů).
- Kreativně estetický (hledat inspirace pro namalování obrazu).
- Filozofický (hledat smysl života, pochopit myšlenky některých filozofů).

---

<sup>37</sup> Buřil, T. Adiktologie.



Spirituálně mystický (navázat kontakt s Bohem, s minulými inkarnacemi).<sup>38</sup>

Drogová závislost je podle MKN 10 soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje projevy závislosti (například abstinenční syndrom). Uvádíme přehled duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychotropních látek, jak jsou definovány v mezinárodní klasifikaci nemocí:

- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných<sup>39</sup>

### **5.2.1 fáze drogové závislosti**

#### **experimentální**

začátek drogové závislosti, ve které dochází k okouzlení drogou. Jediné zažívá pocity, které dosud nezažil. Srší nápady, má bohaté sny a vše mu jde snáze. Užívání drogy v této fázi je snadné utajit. Objevují se pouze drobné náznaky - časté střídání nálad, euforie, laxní přístup k problémům. Užívání drogy sebou ještě nepřináší viditelné negativní účinky, nepředstavuje finanční zátěž, Ve škole a v práci se užívání neprojevuje, naopak může dojít ke zlepšení soustředění a paměti. V této fázi je ještě relativně lehké přestat, protože se nevytvořila fyzická závislost.

#### **sociální užívání**

---

<sup>38</sup> Pešek, R, - Vondrášková, A. – Veselý, O. Drogová závislost.

<sup>39</sup> Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.

Této fázi se také někdy říká "Víkendové braní". V této fázi se již začíná projevovat závislost a droga už začíná být zdrojem problémů. Droga se už musí brát pravidelněji, ve větších dávkách. Uživatel je v této fázi přesvědčen, že má braní drogy pod kontrolou, a že s ním může kdykoliv přestat. Droge se v této fázi začíná přizpůsobovat denní cyklus a rovněž přátelé. Objevují se problémy ve škole a v práci, začínají se zvyšovat absence, konflikty s přáteli a okolím. Člověk již začíná být drogou otupován a zhoršují se jeho schopnosti přemýšlet a pamatovat si. Snižují se pracovní či studijní výkony. Přicházejí určité zdravotní problémy, objevuje se nespavost, nechutenství, bolesti hlavy, agresivita, bolest celého těla, deprese či stres.

### **každodenní užívání**

V této fázi již člověk ztrácí kontrolu nad drogou a svojí závislostí. Celý jeho život se začíná točit kolem drogy, myslí jen na to, kdy si dá příští dávku. Vše se podřizuje droze, denní režim, studium nebo zaměstnání a přátelé. Objevují se finanční problémy, způsobené ztrátou zaměstnání a studia, protože se na užívání drogy přijde. Peníze na drogy se získávají často nelegálním způsobem, krádežemi a podvody nebo prostituci. Veškeré problémy je schopný člověk v této fázi řešit už jedinec drogou, čímž se dostává do hlubších a hlubších problémů, které často vedou až k vyloučení jedince z rodiny, zaměstnání, školy, kruhu přátel na okraj společnosti. I v této fázi se ještě mnoho lidí snaží přestat, ale sami již toho nejsou schopni, protože už si vytvořili fyzickou závislost. Návrat k normálnímu životu z této fáze je již velmi náročný, člověk má už úplně jiný žebříček hodnot, přátele, jeho rodina ho už často zavrhlá a jeho závislost k droze je již velmi silná.

### **užívání k dosažení normálu:**

Poslední fáze závislosti, která často končí smrtí předávkováním či naprostým selháním organismu. Droga již uživateli v této fázi nic nepřináší, je pro něj jen úlevou od fyzické i psychické bolesti. Dávky již jsou pro tělo téměř na hranici snesitelnosti, jsou však také jedinou věcí, která je schopna ho udržet při životě. Veškerý život a myšlení jedince se v této fázi točí kolem užívání drogy a jejího získání. Získání drogy je velký problém, protože je člověk unavený, zbídačený a žije na okraji společnosti. Udělá všechno proto, aby drogu získal. V případě, že drogu nedostane, nastává tzv. abstinenční syndrom, který se projevuje různě, v závislosti na používané droze. Jde například o zimnici, bolest celého těla, agresivitu, stres, deprese, absolutní vyčerpání, halucinace a další. Typický je také pocit viny po požití drogy, člověk to řeší v této fázi tak, že si musí dát další dávku, aby zapomněl na pocit viny. Z

této fáze již téměř není možné, aby se člověk vymanil vlastní vůlí, je jednoznačně nutná pomoc zvenčí.<sup>40</sup>

### 5.2.2 příčiny vzniku závislosti

Podle Presla může rozdělit příčiny vzniku závislosti na příčiny na základě osobní charakteristiky – dědičnosti a příčiny vzniklé vlivem prostředí.<sup>41</sup>

Nelze nijak definovat typickou osobnost potenciálně závislého jedince, lze pouze vymezit faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti:

- společenské, dostupnost drog, prodrogové postoje a normy
- rodinné, historie závislostí v rodině, sociální chování, prodrogové postoje, užívání a dostupnost drog, nedostatek lásky a péče
- vrstevnické, užívání drog, postoje, asociální chování, vliv sociální interakce
- biologické, existují pouze v podobě predispozic. Jsou to poruchy a nedostatky v selfkonceptu, zdravotní handicap, nízká výkonnost, asociální chování, LMD, nedostatek asertivity aj.

Nešpor popisuje rizikové situace, které zvyšují potenciál vzniku závislosti u dětí.

- problémové dítě – děti, které zlobí a mají problémy ve škole a v rodině. Zařazuje sem děti s LMD. děti zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami, děti trpící strachem a úzkostí
- špatný prospěch ve škole
- nepřijetí do školy a učení, nebo selhání a nedokončení studia
- problémy s alkoholem a drogami v rodině
- vleklý problém v rodině<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Plocová, M. Dogy a drogová závislost.

<sup>41</sup> Presl, J. 1994.

<sup>42</sup> Nešpor, K. – Csémy, L. Alkohol, drogy a vaše děti.

## 6. RODINA

Rodina je nejdůležitější sociokulturní jednotkou ve vývoji dítěte. V rodině se utváří první vazby dítěte, které se v ní učí prvním sociálním rolím. Rodina pro dítě znamená základní životní jistotu.

„Rodina je tradičně považována za hlavního činitele, jenž svým selháním dětem umožňuje kriminální chování. Rodina ovšem není neměnná instituce, její funkce se v novodobé historii v západních zemích výrazně proměnily.“<sup>43</sup>

Na rozdíl od minulosti je dnešní rodina více uzavřená a více izolovaná. Zúžily se sítě vazeb s příbuzenstvem, s přáteli a sousedy. Vzdůstají demokratizační tendence jak mezi manželi, tak mezi rodiči a dětmi. Především se změnilo postavení žen, posunuly se role v chodu domácnosti. Klesla ovšem i autorita otců. S nárůstem podnikatelských aktivit je silně narušena integrita rodiny. Stále více se vytrácejí společně prožité chvíle rodiny při každodenním rytmu, ve společných zájmových aktivitách a společném řešení nejrůznějších problémů. Čím dál více se členové rodiny pouze potkávají, a když se sejdou, jejich komunikaci naruší televize, která přehluší potřeby se svěřit a povídat si o běžných denních starostech i mimořádných událostech.

Je poznamenán i životní způsob rodiny. Každý v rodině má svůj život, rodiče mají málo času na vlastní a společnou relaxaci. Děti jsou odkázány samy na sebe, často nemají rodiče ani přehled, jak jejich děti tráví volný čas.

Došlo k posunu i v hodnotové orientaci, vzrůstá zájem o ekonomické postavení rodiny. Zvyšují se výrazně ekonomické rozdíly mezi společenskými vrstvami. S tím souvisí složitá situace mladých rodin, dochází k individualizaci životních vztahů, nárůstu neúplných rodin i vzrůstu počtu dětí v nemanželských rodinách apod.

### 6.1 funkce rodiny

Rodina je zjednodušený model světa, do něhož se dítě narodí. Tato orientační rodina má určité hodnoty, které se vztahují k jednotlivým jejím členům a zvláště k dětem.

Langmeier uvádí, že rodina složená z manželského páru a jejich přímých potomků je ve všech společnostech považována za základní jednotku. Může mít různé postavení, vyznačovat se rozdílnými vztahy k příbuzným a může mít také různou strukturu. Za základní

---

<sup>43</sup> Kroftová, A. - Matoušek, O. Mládež a delikvence.

funkce malé rodiny, kterou také nazýváme nukleární a je tvořena rodiči a jejich přímými potomky považujeme funkce:

- reprodukční, plození nové generace. Děti se sice rodí i mimo rodinu, ale nikde to není uznávanou normou
- hospodářská, vedení domácnosti, výroba. Současná rodina v konzumní společnosti má tuto funkci oslabenou a je spotřební jednotkou
- emocionální, rodina uspokojuje citové potřeby všech členů, funkční rodina rovnoměrně pro všechny její členy. Součástí je funkce sociálně podpůrná, pomáhá překonat nemoci a psychosociální problémy
- socializační, kdy rodina uvádí dítě do společnosti, učí základním sociálním dovednostem a předává kulturní dědictví<sup>44</sup>

Funkce biologicko-reprodukční k zachování rodu a plození dětí, zahrnuje i sexuální život manželů. Počátkem dysfunkční rodiny bývá nezodpovědné přivádění dětí na svět (těhotenství nezletilých matek, nechtěné těhotenství apod.), dále nemožnost mít děti a v neposlední řadě narození dětí postižených.

Funkce ekonomická je závislá i na vnějších faktorech, např. zaměstnanost rodičů, která souvisí s regionem, etnickou kulturou a postavením na trhu práce primárním (prestižní profese) či sekundárním (neprestižní profese, vysoká fluktuace apod.).

Funkce emocionální zahrnuje uspokojování potřeb jak mezi manželi, tak mezi rodiči a dětmi, či sourozenci navzájem. Kvalita citového prožívání dítěte souvisí s úrovní citových vztahů mezi členy rodiny. Emocionálně oploštělé prostředí v rodině komplikuje dětem navazování vztahů i v dospělosti. V dysfunkčních rodinách se právě v této funkci objevuje nejvíce nedostatků, které postihují děti citovou subdeprivací a deprivací. Projevují se nezájmem o dítě až hostilním vztahem k dítěti, rozvodem, mnohdy často se střídajícími náhradními rodiči, až týráním a zneužíváním dětí.

Funkce socializačně-výchovná, jejímž nejdůležitějším úkolem je výchova dětí. Proces socializace, osvojování si sociálních rolí, které se děti učí nápodobou dospělých, identifikací s osobou, ke které mají emoční vztah. V plnění této funkce selhávají rodiče hlavně tím, že se o dítě nedovedou starat z důvodů vlastní nezralosti, psychických poruch nebo, protože se prostě starat nechtějí. Děti pak končí v ústavech, v lepším případě v pěstounské péči nebo

---

<sup>44</sup> Langmeier, J. – Krejčířová, D. Vývojová psychologie.

adopci. Pokud je rodina v některém ohledu pro členy spíše zátěží, mluvíme o rodině dysfunkční.

Podle Vágnerové dítě v rodině získává základní sociální dovednosti. Utváří si vzorce chování napodobováním modelu vztahů mezi rodiči. Naučí se rozpoznávat různé signály a projevovat své city a názory. Rodina modifikuje postoj dítěte k okolnímu světu. Slouží jako citové zázemí dítěti, poskytuje mu pocit bezpečí a jistoty, a zároveň v něm vytváří pocit sebedůvěry. Potřeba pozitivního přijetí může u dítěte ovlivnit i jeho vnímání rodičovských projevů a postojů k němu. V oblasti sociálního ovlivňování je třeba si uvědomit, že rodiče mají více či méně podobné dispozice jako děti a v závislosti na svých schopnostech je také určitým způsobem vychovávají. Významnou roli hraje osobnost a vzdělanost rodičů. Tento má vliv na přístup rodičů k výchově. Rodiče, kteří dosáhli vyšší sociokulturní úrovně, bývají v tomto směru motivovanější, považují vzdělání za důležité i pro svoje děti.<sup>45</sup>

Podle Matějčka, dítě potřebuje dospělé vychovatele, kteří k němu mají vřelý citový vztah. Aby rodiče mohli pečovat o dítě, musí i dítě uspokojovat potřeby rodičů. Nejde tedy o vztah jednostranný, ale o vzájemné ovlivňování a uspokojování potřeb, kterými jsou potřeby stimulace, učení, bezpečí a jistoty, společenského uznání, otevřené budoucnosti.<sup>46</sup>

Dítě vychovávané rodiči, kteří mu poskytovali lásku, porozumění a jasné a rozumné vedení, má vynikající příležitost naučit se, jak si vytvářet úspěšné vztahy k jiným lidem. Naučí-li se dítě svým blízkým důvěřovat, vytváří si vřelé a citlivé vztahy, které jsou rozhodující ve vytváření kvality komunikace s rodiči a ostatními členy rodiny a společnosti.

## **6.2 rodina dysfunkční**

Za dysfunkční považujeme takovou rodinu, ve které jeden nebo více členů produkuje sociálně nežádoucí a nezdravé chování.

Dlouhodobé narušení nebo oslabení vlivu některé ze stránek rodinného prostředí ovlivňuje obvykle celé výchovné působení rodiny na dítě. Nejcitlivější oblastí jsou psychologické podmínky v rodině. Za významné znaky optimálního rodinného prostředí považujeme vnitřní stabilitu rodiny, která se vyznačuje zdravými, a stálými citovými vztahy mezi jejími členy, zejména mezi rodiči. Pocit bezpečí před vnějšími vlivy a vnitřní pohodu a shodu v rodině. Dalším důležitým znakem je nenarušená a přirozená struktura rodiny, tedy

---

<sup>45</sup> Vágnerová, M. Vývojová psychologie.

<sup>46</sup> Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství.

situaci, kdy rodinu tvoří oba biologičtí rodiče, Optimální rodinné prostředí je ovlivněno její kulturní atmosférou a civilizačním standardem.<sup>47</sup>

Ne všichni lidé mají předpoklady k plnění rodičovské role. Culbertson a Schellenbach na základě svého výzkumu z roku 1992 došli k závěru, že určité vlastnosti rodičů zvyšují riziko špatného zacházení s dítětem

- nedostatky v sociální orientaci, omezená schopnost empatie, nepochopení potřebám jiného člověka, rigidita, osamělost a problémy v mezilidských vztazích;
- problematické sebehodnocení, nízká sebeúcta, nespokojenost s rodičovskou rolí;
- rizikové chování, které se projevuje nedostatečnou sebekontrolou a nízkým sebeovládáním, impulzivitou a potřebou projevit negativní city;
- špatná zkušenost z vlastního dětství: 70 % lidí, s nimiž v dětství rodiče nezacházeli přiměřeným způsobem, mělo sklon chovat se podobně. (Tento fakt je, na rozdíl od přecházejících, spíše vysvětlením příčiny, proč k takové změně osobnosti došlo.)<sup>48</sup>

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který označujeme anglickou zkratkou CAN (Child Abuse and Neglect), je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči.<sup>49</sup>

Syndrom týraného dítěte charakterizuje skutečnost, že dítěti někdo ubližuje a působí mu fyzické i psychické poškození. Jde o rodiče, kteří by měli dát dítěti pocit bezpečí a jistoty. Dítě prožívá stres, protože nejsou uspokojeny jeho základní biologické ani psychické potřeby. Násilí, nakumulované neřešené napětí v rodině, se projeví na dítěti, jako nejslabším členu rodiny. Z mnoha výzkumů vyplývá, že někteří rodiče mají k takovému chování větší sklony a naopak některé děti k tomuto chování rodiče mnohem více provokují. Mluvíme o skupině rizikových rodičů, kteří mají sklon reagovat násilně, jsou více soustředěni na sebe a o své děti všeobecně moc nestojí. Důležitá je i doba, místo a situace, kdy dochází ke spuštění násilného chování.

---

<sup>47</sup> Marádová, E. - Marhounová, J. – Řehulka, E. - Střelec, S. Kapitoly z rodinné výchovy: pro střední školy.

<sup>48</sup> Culbertson a Schellenbach. In Vágnerová M. Psychopatologie pro pomáhající profese.

<sup>49</sup> Dunovský, J. a kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě.

Do rizikové skupiny dětí uvádí psychologové děti s nesrozumitelným chováním, nadměrně zatěžujícím a provokujícím rodiče, děti, které nesplnily očekávání rodičů. Důsledky týrání se ve vývoji dítěte objevují až do dospělosti, kdy se často stávají týrajícími rodiči.

V případě CAN je rozhodující primární prevence, která má zabránit, aby se dítěti vůbec ubližovalo. Sekundární prevence přichází v úvahu už v omezené míře, neboť souvisí s pomocnými terapeutickými opatřeními. U dětí postižených syndromem CAN se projevuje hlavně citová deprivace: dochází ke změnám v osobnosti, v komunikaci, rozumových schopnostech, v socializaci, sebepojetí dítěte a změnou hierarchie hodnot. Dítě je poznamenáno ve všech oblastech života, a to i v budoucnosti, v profesním uplatnění, partnerských a rodičovských rolích a obecné sociální adaptaci. Velkým nebezpečím je, že týrané dítě se s vyšší pravděpodobností stává týrajícím rodičem. Syndrom CAN se stává sociálně dědičným, postihuje podobně další generace. Proto je důležité včasné zjištění a hlavně řešení situace dětí týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných.

Méně nápadná je citová deprivace, která je ve svých důsledcích závažná a variabilní. Na každé dítě působí jinak, podle jeho genetických dispozic, podle prostředí a podle primární zkušenosti. Citová deprivace je neuspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Matějček uvádí, že děti, které dlouhodobě žily v citově chudém prostředí, mají problémy s citovými vztahy a navazováním partnerských vztahů i v dospívání a tento nedostatek si nesou i do dospělosti.<sup>50</sup> K tomuto chování mají sklon tzv. rizikovní rodiče, kteří nemají dostatečnou kompetenci k rodičovské roli (mentálně retardovaní, somaticky či psychicky nemocní, lidé závislí na alkoholu nebo drogách, lidé s vlastní zkušeností citové deprivace apod.), nebo rodiče s nedostatečnou motivací, nezralí, žijící v bídě zaujatí svými problémy nebo zájmy či vlastní kariérou.

Jsou také rizikové děti, které svým chováním a povahou, případně postižením jsou rodiči odmítány nebo trestány.

Citová subdeprivace je mírnější variantou, která je v naší sociokulturní společnosti mnohem častější a ještě obtížněji identifikovatelná než ostatní formy CAN. Projevy rodičů vůči dítěti jsou příliš kritické, hodnocení negativní, nejsou schopni dostatečné empatie vůči vlastnímu dítěti a jejich vzájemná komunikace je snížena na minimum. Důsledky subdeprivace nejsou tak nápadné, projevují se až ve svém souhrnu v chování dítěte v kolektivu, škole, aby se nakonec fixovaly jako osobnostní rysy. Takové děti mívají

---

<sup>50</sup> Matějček, Z. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní.



problémy v sociální adaptaci, v profesním uplatnění, v partnerských a rodičovských rolích. Nedostatky v sebeovládání vedou až k sociální patologii.

Sociální a kognitivní deprivace souvisí s kvalitou výchovného prostředí a přiměřenými podmínkami pro rozvoj inteligence a socializace dítěte. Jestliže je dítě zanedbáváno nedostatečnou stimulací a příležitostmi k učení, nemá možnost se přiměřeně rozvíjet. Opoždění se projevuje ve vývoji řeči, myšlení a v oblasti socializace. Obecně platí, že čím déle je dítě zanedbáváno, tím větší bude stupeň opoždění jeho vývoje.

Syndrom sexuálně zneužívaného dítěte, lze definovat jako zneužití moci nad závislým dítětem k sexuálnímu uspokojení dospělého. Je v rozporu s obecně uznávanými normami společnosti i s normou právní. Sexuální zneužívání má různé formy nekontaktního a kontaktního sexuálního chování. V poslední době je čím dál častější sexuální využívání dětí ke komerčním účelům. Podle různých studií tvoří více jak polovinu aktérů násilí vlastní nebo nevlastní otec. Jsou to muži s odlišným sexuálním zaměřením, sexuálně nevyzrálí a morálně narušení, kteří ztrácejí schopnost kontroly pudového jednání. Naopak rizikovými dětmi jsou děvčata s ženskými rysy, koketní a mazlivé a děti bezbranné, postižené, zvláště mentálně.

Důležitou roli hraje v takové situaci matka, která by ji měla ihned řešit. Reakce matek jsou ovšem různé podle řešení, které je schopna sama zvolit a realizovat. Pokud se matka rozhodně postaví na ochranu dítěte, zůstává dítěti oporou a jistotou. Pokud matka dítěti neuvěří a vše popírá, popřípadě svaluje vinu na ně, potom je dítě ještě závažněji zasaženo v sebehodnocení, je traumatizováno v oblasti emoční, zažívá zradu, ztrácí pocit jistoty a bezpečí, je bezmocné a stigmatizováno. Důsledky sexuálního zneužívání se prolínají celým životem i v dospělosti, v partnerském soužití a sexuálním životě, ve výchově vlastních dětí.

Z diagnostických šetření je třeba rozhodnout, zda dítě ponechat v rodině či nikoliv a bude se hledat jiné vhodné řešení. Následná péče o dítě musí být komplexní a zahrnovat i práci s ostatními členy rodiny.

Děti, které se dostávají do dětských domovů, dětských domovů se školou a výchovných ústavů, většinou pocházejí z dysfunkčních rodin, kde selhali rodiče ve svých rolích. U dětí se projevuje nejen citová deprivace, ale objevují se i poruchy chování.

Duševním strádáním nemusí být postiženy jen děti, které vyrůstaly bez mateřské péče v dětských domovech a výchovných ústavech nebo v rodinách viditelně nefunkčních (rodiče závislí na alkoholu, drogách, s velmi nízkou životní úrovní apod.). Objevuje se i u dětí žijících v rodinách navenek dobře fungujících. Citová deprivace hrozí všude tam, kde je dítě

„na obtíž“, kde se mu neposkytuje dostatek lásky, pozornosti a zájmu. V takových rodinách bývá žebříček hodnot posunut. Důležitější je blahobyt, plné pracovní vytížení na úkor ostatních členů rodiny. Rodinné prostředí je citově chudé, s nižší mírou empatie vůči dítěti i ostatním členům rodiny.

Při rozpadu rodiny končícím rozvodem můžeme často sledovat všechny aspekty týrání a zneužívání, zejména pak manipulací dítěte proti bývalému partnerovi a zanedbáváním dítěte, byť nevědomé. Dítě je rozchodem rodičů poškozováno bez ohledu na věk nejružnějšími formami s rozličnými důsledky pro další jeho vývoj.

Po rozvodu nastupuje obvykle nový partner, který ovšem pro dítě už není přirozeným rodičem a má k němu ambivalentní ne-li přímo negativní vztah. S příchodem nového člena rodiny se mění jak vztahy v rodině, tak v širším sociálním zázemí, se kterým se dítě seznamuje a v kterém se podle svých zkušeností adaptuje.

Méně častý rozpad rodiny způsobuje úmrtí jednoho z rodičů. Dítě se vyrovnává odlišně s úmrtím rodiče podle věku i kvality rodinných vztahů. Častěji se setkáváme s nepochopením a odmítáním nového partnera. Děti si zemřelého rodiče idealizují a nesnáší srovnání s nikým žijícím.

### **6.3 romská rodina**

Rodina pro Romy dříve znamenala téměř vše, neboť uspokojovala základní životní potřeby jejích členů. Romové byli při kočování na okolní společnosti zcela nezávislí, ale uvnitř rodiny byli na sobě naopak závislí beze zbytku. Rodina byla zdrojem obživy, měla funkci vzdělávací (chlapci se učili v rodině řemeslu, dívky starat se dobře o děti a o manžela) a také funkci ochrannou. Romové se proto se svojí rodinou velmi identifikovali. Romové považují za své blízké příbuzné všechny a romština má na rozdíl od češtiny pojmenování i pro děti sestřenic či bratranců. Romové žili se svojí širší rodinou pohromadě v jedné osadě či čtvrti a kromě pokrevního příbuzenství je pojily i rodinné tradice a vzájemná solidarita. Největším trestem pro Roma bylo tudíž jeho vyhnání z rodiny, neboť tím ztrácel veškeré sociální i lidské jistoty. Rodina posilovala svoji prestiž počtem narozených dětí, především chlapců, neboť jak praví jedno romské přísloví: „O čhave hin zor“, tedy: „V chlapcích je síla“. Jako prvorozené dítě si mladí manželé proto přáli chlapce (muži určitě, ženy však ve skrytu duše doufaly, že první dítě bude děvče, které by bylo pro matku významnou pomocnicí v "ženských pracích"). Každé další dítě bylo vřele vítáno. Výchovu dětí měla na starosti především matka, ale o dítě se starali i ostatní členové velkorodiny. Romské děti vyrůstaly

obklopeny třemi, někdy i čtyřmi generacemi v soudržném a okolnímu světu uzavřeném společenství.

Romská rodina zajišťovala ochranu sociální (nikdo nezůstal sám, o všechny bylo postaráno), psychologickou (veškeré problémy se řešily společně) i ekonomickou (poskytovala obživu pro všechny). Komplex současných romských zvyků, obřadů, projevů víry se liší - a to jak celkově, tak podle jednotlivých romských skupin. Dodnes výrazně specifickou téměř pro všechny Romy je oblast rodiny a rodinných, resp. příbuzenských vztahů. Rodina zůstává v jejich životě největší hodnotou - jedná se o rodinu velkou, extenzivní, tedy příbuzenstvo - fajta, famelija. Příslušníci rozvětvených rodin, "silných rodů", mají dodnes větší autoritu u ostatních a vzájemně si pomáhají; ostatně i současné romské kulturní či politické subjekty jsou tvořeny v jednotlivých městech vždy příslušníky určitých rodin, příbuzensky spjatých, z čehož bohužel vyplývá dnešní řevnivost mezi nimi, a tím i nejednota společensko-politického romského hnutí jako celku.

Dříve platil u většiny romských skupin nepsaný zákon "čisté krve", který zakazoval manželství s jinonárodnými partnery. Tento pozůstatek rodové endogamie přetrvává u většiny Romů olašských, zatímco u všech ostatních se tento zákaz začal narušovat již v uplynulých letech. Dnes již téměř neplatí nejen mezi jednotlivými skupinami, ale i vzhledem k neromům; počet interetnických - smíšených manželství romsko - českých, romsko - slovenských či jiných stále narůstá a je dokladem zásadnějších změn v hodnotové orientaci a postavení Romů, zejména v českém a moravském městském prostředí (romský partner, častěji je to muž, si obvykle však přitom zachovává svoji identitu, což je pozitivní). V poválečných letech a ještě výrazněji v současné době probíhají u Romů stále hlubší změny v jejich společenské pozici, ve způsobu života, kultuře a hodnotové orientaci v celém romském společenství.<sup>51</sup>

Romská populace - dnes již národnost - se v průběhu uplynulých osmačtyřiceti, zejména pak posledních let zásadně změnila vnitřní strukturou, počtem a územním rozložením prohloubením vnitřní diference, podle jednotlivých etnických podskupin, ale i v důsledku nové vnitřní společenské hierarchie, změnami některých komponentů způsobu života a kultury, celým charakterem této národnostní skupiny oproti stavu předchozímu

Důsledky těchto změn jsou na jedné straně z části pozitivní, na straně druhé ale více negativní. Tradiční romské společenství svými vnitřními zákony a normami bylo v podstatě

---

<sup>51</sup> Romové v české republice.

rozbito, přičemž předchozí skupinové zákony a tradiční hodnotový systém nejsou obvykle nahrazovány novými, lepšími.

### **sociální vyloučení Romů**

Romové v minulosti neměli a nemají za sebou zkušenost s formováním svého národa, nikdy sami sebe neorganizovali, nepokoušeli se vytvořit národní nebo státní útvar, jejich společenství vždy tvořila rodina, případně kmen. Romskou komunitu však více než otázka národnostní stále více ovlivňují problémy sociální povahy. Romská komunita byla a je v riziku sociálního vyloučení. Sociální vyloučení můžeme definovat jako nerovnost v participaci na společenském životě. Tato nerovnost sebou nese neschopnost podílet se na životě společnosti, vede k izolaci a odtržení. Za nejdůležitější faktor, který vede k sociálnímu vyloučení lze považovat omezený přístup na pracovní trh. Příčinou nezaměstnanosti Romů je nízká vzdělanost a kvalifikace. Romové jsou nejvíce postiženi dlouhodobou a opakovanou nezaměstnaností z celé společnosti. Daná situace má negativní dopad na mladou generaci, která nemá žádné kontakty na zaměstnavatele, nikdy nepracovala a často ani neviděla pracovat své rodiče. Práce pro ně není hodnotou a nejsou motivováni práci získat.

Dalším faktorem, který má vliv na sociální vyloučení Romů, je chudoba a nízké příjmy. Chudoba vyplývá z vysoké nezaměstnanosti. Má vliv na další vylučování ze společnosti, od znevýhodněného přístupu ke vzdělanosti přes sociálně patologické jednání až po špatný zdravotní stav.

Problematika bydlení. Romské rodiny často obývají malé a hygienicky nevyhovující byty. Vedle tohoto aspektu je problematika bydlení spojena s vyloučením do okrajových lokalit měst, sebou přináší další odloučení a kumulaci nežádoucích projevů. Tento fakt má velký vliv schopnost Romů zabezpečit vhodné podmínky pro ubytování a výchovu svých dětí.

Dalšími faktory spojenými se sociálním vyloučením jsou omezený přístup ke službám a řídké sociální sítě. Toto souvisí s bydlením Romů v odloučených lokalitách.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Navrátil, P. Romové v české společnosti.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 7. CÍL

Úvodem citujeme z doporučení Výboru ministrů členským státům ohledně práv dětí: „Umístění dítěte v institucionálním zařízení by mělo zůstat výjimkou a jeho hlavním cílem by měly být nejlepší zájmy dítěte a co nejrychlejší úspěšná sociální integrace či reintegraci dítěte; umístění dítěte v institucionálním zařízení musí zaručovat plné uspokojování jeho základních práv; umístění v institucionálním zařízení by nemělo být delší než je nutné a mělo by se pravidelně kontrolovat s ohledem na nejlepší zájmy dítěte, které by měly být hlavním hlediskem v průběhu jeho umístění; rodičům by se mělo dostat co největší podpory s ohledem na harmonickou reintegraci dítěte do rodiny a společnosti;“<sup>53</sup>

V dokumentu se dále uvádí, že dítě v institucionální péči má právo udržovat pravidelný kontakt se svou rodinou a dalšími významnými osobami a takový kontakt může být omezen nebo zamezen pouze tam, kde je to nutné v nejlepším zájmu dítěte.

Ministerstvo školství reagovalo na toto doporučení novelou zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních v listopadu loňského roku. Tato novela ukládá zařízením institucionální výchovy spolupracovat s rodinou umístěného dítěte a poskytovat jí pomoc při zajišťování záležitostí týkajících se dítěte. Text zákona i novely uvádíme teoretické části této práce.

Cílem praktické části je zmapovat současnou praxi spolupráce zařízení institucionální výchovy konkrétně výchovného ústavu v Jindřichově Hradci s rodinou popřípadě dalšími příbuznými, odhalit rezervy v práci s rodinou umístěných dívek a formulovat možnosti zlepšení této spolupráce. Pozornost věnujeme drogové problematice a výchovným problémům dívek umístěných v ústavu, jako možné příčině vážnoucí interakce mezi rodinou a dívkou. Nejdříve analyzujeme problémy dívek, které jsou do výchovného ústavu v Jindřichově Hradci (dále jen ústavu) umisťovány, s cílem zjistit s jakými problémy dívky do ústavu přicházejí a do jaké míry jsou tyto výchovné problémy spojeny s užíváním návykových látek. V další části chceme popsat rodinné prostředí dívek. Ve výzkumu pokračujeme dotazníkovým šetřením,

---

<sup>53</sup> Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů členským státům ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních.

které mapuje vzájemnou interakci dívek s rodiči a příbuznými, pro ilustraci v závěru výzkumu zpracováváme případovou studii.

Výchovný ústav v Jindřichově Hradci jsme si vybrali proto, že jsme zde během svého studia pracovali 4 roky na dohodu o pracovní činnosti v pozici vychovatele a asistenta pedagoga. V tomto ústavu jsou umísťovány především dívky s poruchami chování, které vyžadují soustavný intenzivní individuální přístup. Část klientely tvoří dívky, které selhaly v jiném typu zařízení institucionální výchovy, nejčastěji se jedná o dívky z ostatních výchovných ústavů, ale také dívky z dětských domovů a dětských domovů se školou. Celkem výchovný ústav v průběhu školního roku přijme téměř 60 dívek, proto se domníváme, že výzkum v tomto ústavu můžeme považovat v populaci dívky 15 – 18 let s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou se zvýšenými a extrémními poruchami chování za dostatečně reprezentativní. Toto tvrzení je podtrženo i zaměřením ústavu. Historii a vývoj výchovného ústavu do jeho dnešní podoby jsme uvedli v teoretické části.

## **8. STANOVENÍ HYPOTÉZ**

Stanovili jsme si tři hypotézy.

H 1: Předpokládá se, že dívky umístěné v ústavu mají výchovné problémy nejčastěji v kombinaci s užíváním návykových látek.

H 2: Předpokládá se, že dívky umístěné v ústavu pocházejí převážně z neúplných rodin.

H 3: Předpokládá se, že rodiče a příbuzní dívek umístěných v ústavu mají o své děti zájem a jsou s nimi v kontaktu.

## 9. VÝZKUMNÝ VZOREK

Pro své šetření jsme zvolili všechny dívky, které byly umístěny v ústavu k 20. únoru 2013. Do výzkumu jsou zahrnuty všechny dívky bez výběru. Ústav v době provádění výzkumu evidoval 47 dívek.

K uvedenému datu bylo v ústavu skutečně přítomno 34 dívek, 6 dívek bylo na útěku, 2 dívky byly krátkodobě hospitalizovány a 7 dívek bylo na přechodném ubytování, nebo byly na prodlužované dovolence u rodičů.

Do zpracování údajů metodou sekundární analýzy dat jsme zařadili všechny dívky (47), které byly k uvedenému datu v ústavu evidovány. Údaje o těchto dívkách jsme získali studiem materiálů.

Dotazníkové šetření absolvovaly pouze přítomné dívky (34).

Případovou studii jsme zpracovali u 2 dívek. Pro případovou studii jsme vybrali 1 dívku, které byla v době výzkumu prodloužena ústavní výchova, studovala 2. ročník odborného učiliště. Druhá dívka byla studentkou 1. ročníku, v zařízení byla méně než rok.

Ze zkoumaného vzorku byly 2 dívky umístěny do ústavu na základě předběžného opatření vydaného soudem, 5 dívek mělo uloženou ochrannou výchovu a 40 dívek mělo nařízenou ústavní výchovu. Celkovou délku pobytu, kdy je dítě umístěno mimo rodinu v zařízeních institucionální výchovy uvádíme v samotném výzkumu.

Ze všech dívek evidovaných ústavem byla 1 dívka umístěna déle než dva roky, 14 dívek déle než rok, 15 dívek bylo umístěno před více než šesti měsíci, 7 dívek v rozpětí dvou až šesti měsíců a 10 dívek přišlo do ústavu v průběhu posledních dvou měsíců. Pro přehlednost uvádíme tyto údaje v tabulce a grafu – **Graf č. 1 v příloze**.

délka pobytu	počet dívek	%
> 2 roky	1	2,1
1 – 2 roky	14	29,8
1 rok – 6 měsíců	15	31,9
2 – 6 měsíců	6	14,9
< 2 měsíce	10	21,3



## 10. METODIKA

Ve svém výzkumu jsme použili kombinaci několika metod. Pro ověření první hypotézy jsme použili metodu sekundární analýzy dat, tuto metodu jsme doplnili dotazníkem, který reflektuje postoje dívek k drogám. Pro ověření druhé hypotézy jsme použili metodu sekundární analýzy dat. A pro ověření třetí hypotézy jsme použili metodu dotazníku. Svůj výzkum doplňujeme případovou studií náhodně vybrané dívky. Výzkum jsme rozdělili tematicky do tří částí, které odpovídají jednotlivým hypotézám.

- první část jsme nazvali: „**Výchovné problémy**“
- druhou část jsme nazvali: „**Rodina**“
- třetí část jsme nazvali: „**Kontakt**“

### 10.1 sekundární analýza - studium dokumentů

„Jde o klasickou metodu, je to analýza jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Dokumentem je v sociologii chápán jakýkoliv způsob zachycení informace na hmotném médiu. Podle tohoto média je možné dokumenty dělit na dokumenty tištěné nebo psané na papíře, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech, fotografiích atd. Společenské jevy se zkoumají na základě oficiálních, osobních či jiných dokumentů. Sociologické informace jsou z nich získávány na základě analýzy významu, což je nejučinnější metoda analýzy písemných dokumentů. Obsahová analýza dokumentů je kvantitativní, objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat jak obsahem sdělení, tak jeho formou, autorem i adresátem takového sdělení.“<sup>54</sup>

Informace, jsme získali studiem osobních spisů dívek, především rozsudků soudu a etopedických zpráv zpracovaných během pobytu v diagnostickém ústavu, z léčebných deníků, které ústav u každé dívky vede a údajů z periodických hodnocení Plánů rozvoje osobnosti dívek zpracovaných psychologem, etopedem a vychovatelem ústavu.

Celkem jsme zpracovali údaje 47 dívek, které v ústavu evidovány k rozhodnému datu, 20. února 2013.

Údaje, které jsme získali analýzou dokumentů, jsme zpracovali ve dvou částech.

---

<sup>54</sup> Kozlová, L. Metody výzkumu v sociální práci. S. 19 – 20.

## **první část zpracování dokumentů**

V první části, která měla potvrdit první hypotézu, že dívky umístěné v ústavu mají výchovné problémy nejčastěji v kombinaci s užíváním návykových látek. Stanovili jsme si kritéria, podle kterých budeme získané údaje vyhodnocovat.

Na začátku jsme zjišťovali, které dívky zneužívají návykové látky.

- zneužívání návykových látek, drogy včetně alkoholu
- pobyt v zařízení pro drogově závislé včetně detoxikační centra (DETOX)

Pokračovali jsme rozborem projevů poruch chování.

- agresivita dívek, kterou jsme dále členili:
  - sebepoškozování
  - verbální agresivitu
  - ničení majetku
  - fyzická agresivitu vůči osobám
- hospitalizace v PL pro nezvládnutelnou agresi, u tohoto údaje jsme zjišťovali četnost hospitalizací
- záškoláctví
- útěky z domova
- krádeže
- prostituce
- páchání trestné činnosti a přestupků

Takto členěné výsledky uvádíme v tabulkách ve výsledcích výzkumu průběžně. Celkovou tabulku, která zaznamenává odpovědi na všechny otázky u jednotlivých dívek, jsme zařadili do přílohy. Za návykovou látku v tomto výzkumu nepovažujeme nikotin.

## **druhá část zpracování dokumentů**

Ve druhé části, která měla potvrdit druhou hypotézu, že dívky umístěné v ústavu pocházejí neúplných rodin, situaci rodin jsme posuzovali podle stavu, který je v dokumentaci uveden k datu konání šetření. Stanovili jsme si kritéria posuzování rodinného zázemí dívek.

- úplná rodina (v rodině žije biologický otec i matka)
- v rodině žije jeden biologický rodič s partnerem
- pěstounská péče, osvojení
- dívka je v péči jednoho biologického rodiče, který žije sám

- dívka je v péči prarodičů

Na začátku šetření zkoumáme, v kolika letech byla dívka do zařízení institucionální výchovy umístěna a jak dlouho je dívka v zařízení institucionální výchovy. Výsledky uvádíme v tabulkách.

## 10.2 případová studie

Případovou studii můžeme definovat jako intenzivní studium jednoho případu. Za tento případ můžeme považovat jednoho člověka, jeden problém nebo jednu situaci.<sup>55</sup>

Osobní případová studie podrobně zkoumá okolnosti a jevy, které souvisejí s jedním respondentem. Zkoumá jeho minulost, věnuje se jeho postojům souvisejícím věcem a událostem, které současné situaci předcházely. Zkoumá možné příčiny a procesy, které na současnou situaci měly vliv a které s ní souvisely.

Ján Ferejnčík případovou studii řadí k neexperimentálním plánům výzkumu. Případová studie představuje specifický typ vzorkových přehledů, kde velikost vzorku se rovná jedné osobě. „Případová studie je tedy intenzivnější a dlouhodobější výzkum jedné vybrané osoby. Tento intenzivní výzkum má vést k porozumění vnitřní a často neopakovatelné dynamice vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění léčby, vývoji jeho interakce s prostředím a podobně. Data o tomto vývoji získává výzkumník bezprostředně (přímým kontaktem, rozhory se zkoumaným člověkem atd.), ale i zprostředkovaně: rozbořem a studiem dokumentů, rozhovory s osobami, které jsou v přímém kontaktu a s „terčovou“ osobou. Její předností a silnou stránkou není její vhlad do dynamiky vývoje jedince. Právě tím, že jde o intenzivní, často nejmenší detaily zachycující výzkum, může vést k objevení nových, doposud přehlížených skutečností a k formulování nových hypotéz.“<sup>56</sup>

Případové studie jsme zpracovali na základě rozboru dokumentů, které jsou ke každé dívce vedeny, zpracovali jsme údaje, které byly o dívce zpracovány v jiných zařízeních institucionální výchovy, posudky a hodnocení uvedené ve výstupních zprávách a materiály, které jsou k dívce vedeny v ústavu. Takto získané údaje jsme doplnili o informace získané rozhovorem s dívkou. Třetím zdrojem byly informace získané od vychovatelů, kteří jsou s dívkou v bezprostředním kontaktu.

## 10.3 dotazník

---

<sup>55</sup> Olecká, I. – Ivanová, K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku.

<sup>56</sup> Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu.

Dotazníková metoda je určena pro hromadné získávání údajů. Jde o písemnou formu kladení otázek a získávání odpovědí. Otázky v dotazníku mohou být otevřené (volné), polouzavřené nebo uzavřené. Osobu, která vyplňuje dotazník, nazýváme respondent, v našem výzkumu, se od této terminologie odchylujeme a používáme termín dívka.

„Otevřená otázka nechává zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Respondent odpoví vlastními slovy. Výhodou otevřených otázek je, že se respondentovi ponechá volnost v odpovědi, nenapovídá se mu žádné řešení předem. Hlavní nevýhodou volných otázek je právě jejich „volnost“, protože způsobuje obtíže při zpracování. Po shromáždění odpovědí je třeba vypracovat dodatečnou kategorizaci.

Polouzavřené (polootvřené) otázky Jsou kombinací uzavřené a otevřené otázky. Nejčastěji se jedná o doplnění v otázce variantou „jiná odpověď“.

Uzavřené otázky nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a dotazovaný vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Nejužší uzavřenou otázkou jsou otázky alternativní (*dichotomické*). Respondent si zde může vybrat pouze ze dvou variant (ano-ne, muž-žena, dobrý-špatný).“<sup>57</sup>

Ve svém výzkumu jsme použili dva dotazníky.

**První dotazník** je náš vlastní, nestandardizovaný. Dotazník je vyplňován anonymně. Dotazník doplňuje výzkum, který mapuje výchovné problémy dívek umístěných v ústavu metodou analýzy dat se zaměřením na užívání návykových látek. Naším cílem bylo zjistit, jaká je situace v oblasti užívání návykových látek u těchto dívek a jak dívky, které uvedly, že užívaly, nebo užívají, vnímají její dopad na své chování. Dívky zvolenou odpověď kroužkují, v případě polouzavřených otázek doplňují svou odpověď na vyznačené místo.

Dotazník se skládá z 10 otázek. 6 otázek je uzavřených, dívky volily pouze jednu z nabízených odpovědí, 4 otázky jsou polouzavřené, dívky měly možnost vedle výběru z nabízených odpovědí zvolit také vlastní variantu odpovědi.

Vzor dotazníku je uveden v příloze č. 1, příklad vyplněného dotazníku v příloze č. 2.

V první etapě jsme provedli předvýzkum. Nejdříve jsme sestavili dotazník, který jsme si v předvýzkumu ověřili na malém vzorku dívek. Tento dotazník jsme vyhodnotili a na jeho základě jsme vytvořili nový dotazník, ve kterém jsme odstranili některé nedostatky, například

---

<sup>57</sup> Kozlová, L. 2007. S. 13.

nepřesnosti ve formulaci otázek, vedoucí k jejich nesrozumitelnosti pro dívky a otázky na které dívky odpovídaly nejednoznačně. Zúžili jsme množství otevřených otázek, aby odpovědi šlo lépe vyhodnocovat. Odstranili jsme otázky, jejichž přínos pro ověření hypotézy byl nulový. Na základě takto získaných poznatků jsme vytvořili nový dotazník, který jsme ve výzkumu použili.

**Druhý dotazník** vychází ze standardizovaného dotazníku, požili jsme dotazník z projektu CZ.1.07/1.2.00/14.0063, který jsme zkrátili a upravili. Dotazník obsahuje 16 otázek a 1 podotázku. Uzavřené otázky jsou 4, polouzavřených otázek, ve kterých dívky měly možnost odpověď doplnit dle vlastního uvážení je 12 včetně podotázky a 1 otázka je otevřená, dívky mohli svou odpověď uvést samostatně. Dotazníkem zjišťujeme interakci rodiny. Jeho vyhodnocením chceme odpovědět na třetí hypotézu, že rodiče a příbuzní dívek umístěných v ústavu mají o své děti zájem a jsou s nimi v kontaktu. Některé otázky dotazníku se dotýkají i práce ústavu s rodinou dívky a podporu kontaktu s rodinou.

Vzor dotazníku je uveden v příloze č. 3, příklad vyplněného dotazníku v příloze č. 4.

## 10.4 předvýzkum

Podle Gavora předvýzkum často ovlivní i předcházející etapy vlastního výzkumu. Může vést k drobným úpravám hypotéz i samotného zkoumaného vzorku. Obvykle se provádí na malém vzorku respondentů. Jeho cílem je zjistit, zda výzkumný nástroj funguje a jak funguje. Autor uvádí otázky, které by si měl výzkumník klást:

- rozuměly zkoumané osoby otázkám, které jsme jim kladli?
- rozuměli tyto osoby otázkám stejně, jako jim rozumíme my?
- dají se sesbírané údaje správně vyhodnotit?<sup>58</sup>

Disman k tomu uvádí, že předvýzkum testuje nástroje, které ve výzkumu hodláme použít (např. dotazník – srozumitelnost a jednoznačnost otázek). Je prováděn na malém vzorku vybraném z populace.<sup>59</sup>

Předvýzkum jsme prováděli v listopadu 2012. Do předvýzkumu jsme vybrali skupinu 10 dívek, které z důvodu zletilosti opustí ústav do doby konání výzkumu. Tento vzorek jsme vybrali proto, abychom zabránili stylizování odpovědí při opakovaném dotazování.

---

<sup>58</sup> Gavor, P. Úvod do pedagogického výzkumu.

<sup>59</sup> Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost.

V předvýzkumu jsme ověřili, zda dokumentace, kterou použijeme při analýze, obsahuje dostatek informací, které jsou potřebné k vyhodnocení. Ověřili jsme si, že podklady, které budeme ve výzkumu zpracovávat, poskytují dostatek informací pro zodpovězení kladených výzkumných otázek. Posuzovali jsme výroky v rozsudcích jednotlivých dívek, zda dostatečně popisují situaci v rodině a chování dívky v době jednání o umístění do zařízení institucionální výchovy, posuzovali jsme komplexnost výstupních zpráv, které byly ústavu doručeny při přemísťování dívky z jiného zařízení institucionální výchovy. Z dokumentace ústavu jsme posuzovali úplnost zpráv etopeda a psychologa a zápisy z léčebných deníků dívek. Zjistili jsme, že rozsudky jednotlivých dívek obsahují dostatek informací o chování dívek v původním prostředí. Rovněž dokumentace vedená ústavem se ukázala jako dostačující pro doplnění těchto informací. Dále jsme zjistili, že můžeme čerpat z elektronické dokumentace – evidenčního systému Evix, který zařízení používá. Tento systém obsahuje informace, které dokumentují interakci dívky s rodinou a ostatními osobami v písemné i telefonické podobě. Jsou zde rovněž zaznamenány dovolenky dívek a návštěvy za dívkou v ústavu. Dívkám jsme předložili první dotazník, který zjišťuje užívání návykových látek. Ověřili jsme si, že otázky jsou pro dívky srozumitelné a není třeba je měnit nebo doplňovat. Druhý dotazník, který zjišťuje vzájemnou interakci dívek a jejich rodin jsme původně vytvořili nestandardizovaný, vlastní. Před započítáním výzkumu jsme získali dotazník standardizovaný, který se podle našeho názoru ukázal vhodnější.

## **10.5 zaznamenávání výsledků**

V průzkumu vždy v samostatném odstavci uvádíme otázku, kterou klademe. Výsledky odpovědí na jednotlivé otázky v průzkumu zaznamenáváme do tabulek. V záhlaví tabulky v závorce uvádíme počet dívek, které byly dotazovány - příklad „Počet dívek (47)“

Pod tabulkami zjištěné údaje komentujeme a komentář rozšiřujeme o údaje, které jsme z odpovědí zjistili, a mají významnou vypovídací váhu. Grafy, které jsou nutné pro ilustraci odpovědí, uvádíme průběžně, tyto grafy ani tabulky nečíslujeme, ostatní grafy uvádíme v samostatné příloze a odkazujeme na ně v textu: „**Graf č. x v příloze**“

Výsledky sekundární analýzy v první části, kterou jsme nazvali výchovné problémy, v závěru této části uvádíme souhrnně, odpovědi zaznamenáváme do tabulky, která je přílohou práce. Odpovědi v příslušné kolonce v tabulce označujeme „x“. V textu výsledky komentujeme a doplňujeme o souvislosti, které ze souhrnu vplynuly.

Výsledky studia dokumentů v druhé části výzkumu, kterou jsme nazvali rodina, uvádíme v závěru rovněž v souhrnné tabulce, která je přílohou naší práce. V této tabulce údaj o prvním umístění dívky do zařízení institucionální péče a délce tohoto pobytu zaznamenáváme číselně, jednoznačné odpovědi zaznamenáváme „x“, u odpovědí, kde je možné více variant, uvádíme písmenem správnou odpověď. Například rodič – „o“ otec. Údaje, které jsme zjistili mimo předem definované odpovědi, a které měly význam pro naše šetření, komentujeme v textu příslušné kapitoly.

# 11. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

## 11.1 výchovné problémy

### 11.1.1 sekundární analýza

#### návykové látky

V první části tohoto výzkumu jsme zjišťovali užívání návykových látek včetně alkoholu. Užívání alkoholu jsme zaznamenávali pouze v případech, že šlo o nadužívání. Druhým údajem byla hospitalizace v psychiatrické léčebně v oddělení pro drogově, závislé, v komunitě pro drogově závislé a v detoxikačním centru. Údaje shrnujeme pod název pobyt v léčebně.

	počet dívek (47)	%
užívání návykových látek	31	66,0
pobyt v léčebně	8	17,0

Návykové látky užívala nebo užívá dvě třetiny dívek v evidenci ústavu (47). 2 dívky měly výrazné problémy s užíváním alkoholu, ostatní dívky užívaly drogy v úzkém slova smyslu. Pro problémy s užíváním návykových látek bylo hospitalizováno 8 dívek, z počtu dívek, které užívají návykové látky (31) je to 25,8%, tedy každá čtvrtá dívka. Jedna dívka opakovala léčbu 8x, dvě dívky 6x.

V druhé části jsme se věnovali sběru údajů, které popisují poruchy chování dívek před umístěním a v průběhu pobytu v ústavu.

#### agresivita

Prvním údajem, který jsme zjišťovali, byla agresivita u dívek. Agresivitu jsme při vyhodnocování dělila na sebepoškozování, verbální, fyzickou vůči majetku a fyzickou vůči osobám. Zpracovala jsme údaje 47 dívek a dívky jsme zařadili podle převažujícího typu agresivity. Nezkoumali jsme četnost, ani příčiny agresivního chování. Zaznamenáváme pouze agresivitu, která je popsána v dokumentaci dívky před příchodem do ústavu a doplňujeme o poznatky získané během pobytu v ústavu a to jak uvnitř objektu, tak na akcích pořádaných mimo ústav nebo na samostatných vycházkách a útěcích z ústavu. Nejdříve jsme zaznamenali údaje z rozsudků o nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy, v tomto případě



zaznamenáváme agresivní projevy, které měly vliv na uložení ústavní nebo ochranné výchovy. Tyto údaje jsme doplnili o údaje z osobní dokumentace vedené ústavem. Za agresivitu jsme v tomto případě považovali pouze extrémní projevy, které musely být řešeny intervencí pedagogického pracovníka, popřípadě přivoláním policie či lékaře.

agresivita	počet dívek	%
Ne	17	36,2
Sebepoškozování	9	19,1
Verbální	24	51,1
Fyzická - majetek	8	17,0
Fyzická - osoby	18	38,3

Agresivitu jsme zjistili u dvou třetin dívek. Agresivní projevy má zaznamenáno 30 dívek – 63,8 %. Nejčastějším projevem je verbální agresivity, každá druhá dívka a překvapila nás agresivity proti jiné osobě – více než třetina dívek. Majetek poškozují 17% dívek. Nejvíce jsou poškozovány dveře, které dívky často v návalu vzteku zcela prokopnou a okna. Ve spisech jsou uváděny případy dívek, které rozbíjely v záchvatech okenní výplně holýma rukama, a po vysklení oken se ihned zklidnily. Etoped ve svých zprávách dokumentuje, že dívky samy uváděly, že je tato činnost nutkavá a vždy je uspokojí a uklidní. Každá pátá dívka se sebepoškozují, z toho 4 dívky mají suicidální sklony, pro které byly opakovaně hospitalizovány. U ostatních dívek se jedná o řezné rány na zápěstích. 3 dívky, které nejsou ve statistice sebepoškozování zahrnuty, opakovaně požíly střepy nebo baterie, pouze proto, aby mohly být převezeny k ošetření, ze kterého později utekly. Všechny definované druhy agresivity jsme zjistili u 3 dívek. Agresivní chování, které směřovalo vůči jiným osobám nebo věcem (verbální, ničení majetku a napadání osob) jsme zaznamenali u 27 dívek. Fyzickou agresi, ničení majetku a násilí proti druhé osobě jsme zaznamenali u 18 dívek. Výsledky uvádíme pro přehlednost v grafu, agresivitu v něm uvádíme podle definovaných typů. **Graf č. 2 v příloze.**

### **hospitalizace ve spojení s agresivitou**

Druhým údajem byly hospitalizace v psychiatrických léčebnách pro nezvládnutelnou agresi dívek. Hospitalizaci pro agresivitu jsme zaznamenávaly pouze v případě, že nedošlo k umístění dívky do psychiatrické léčebny v přímé souvislosti užitím návykových látek. Zjišťovali jsme rovněž četnost hospitalizací. Vzhledem k tomu, že v dokumentaci vedené u dívek před příchodem do ústavu chybí číselný údaj počtu hospitalizací, uvádíme pouze

v členění - celkem; 1x; opakovaně. Tyto údaje uvádíme pouze u dívek, které mají zaznamenány projevy agresivního chování (30).

hospitalizace (agrese)	počet dívek (30)	%
celkem	6	20,0
1 x	3	10,0
opakovaně	3	10,0

Z celkového počtu dívek, které mají zaznamenány agresivní projevy chování (30) byla hospitalizována každá pátá dívka. Z tohoto počtu opakovaně polovina dívek. Největší počet hospitalizací pro agresivní chování, které byly zaznamenány v dokumentaci vedené ústavem, bylo 6. Překvapilo nás zjištění, že z dívek, které měly zaznamenány suicidální sklony, bez ostatních projevů agrese nebyla hospitalizována žádná dívka. Ve všech případech, kdy byly dívky hospitalizovány, měly vždy v dokumentaci mimo dalších projevů agrese vůči jiným osobám.

### **záškoláctví**

Další otázkou jsme zkoumali, byly časté absence ve škole. Tyto údaje jsme čerpali pouze z rozsudků a záznamů vedených u dívek před příchodem do ústavu. Jedná se o záškoláctví, kterého se dívky dopouštěly před uložením ústavní nebo ochranné výchovy, tedy záškoláctví během pobytu v rodinném prostředí. Neúčast na výuce v zařízeních institucionální výchovy je často spojena s útekem ze zařízení, které jsou motivovány mnohdy steskem po rodičích a tyto údaje by byly zkreslené.

Záškoláctví jako závažný projev chování má uvedeno 27 dívek – 57,4%.

### **útky z domova**

Následující údaje úzce souvisejí se záškoláctvím. Údaje o útekách z domova opět čerpáme z rozsudků a záznamů vedených u dívek před příchodem do ústavu. Jde tedy o útky z rodiny dívky. I v této otázce se nezabýváme útkem z ústavu a z předchozích pobytů v zařízení institucionální výchovy.

Útky z domova jsou zaznamenány u 24 dívek – 51,1%. U 6 dívek je uvedena v souvislosti s útkem z domova potulka. U 3 dívek pobyt v závadovém prostředí party a u 3 dívek je záznam o společném soužití s partnerem během útěku z domova.

Údaje o záškoláctví a útěcích z domova vyhodnocujeme v jedné tabulce, protože se domníváme, že mají přímou souvislost.

### **záškoláctví x útěky z domova**

	<b>počet dívek (47)</b>	<b>%</b>
záškoláctví	28	57,4
útěky z domova	24	51,1
záškoláctví x útěky	19	40,4
jen záškoláctví	8	14,9
jen útěky	3	6,4

Záškoláctví, které nemělo souvislost s útěky z domova, se dopouštělo 8 dívek – 28,6% dívek které měly problémy s docházkou do školy (28). Absence ve škole, které měly souvislost s útěky z domova, jsme zjistili u 70,4 % dívek. Útěky z domova, které neměly vliv na školní docházku, jsme zaznamenali u 3 dívek. Záškoláctví, které mělo vliv na výrazné zhoršení prospěchu a je uvedeno jako jediný důvod k umístění dítěte mimo rodinu, jsme zjistili u 1 dívky. Pro přehlednost údaje zaznamenáváme v grafu. **Graf č. 3 v příloze.** Údaj kombinace vyjadřuje záškoláctví provázené útěky z domova.

### **krádeže**

Další zkoumanou otázkou byly krádeže. Nerozlišujeme, kdy krádeže měly za následek trestní stíhání dětí. Prvním údajem jsou všechny krádeže, kterých se dívky dopustily před příchodem do ústavu a krádeže, kterých se dopustily během umístění v zařízeních institucionální výchovy. Ve druhém případě neuvádíme drobné krádeže v obchodech nejčastěji na vycházce a krádeže oděvů a drobných osobních věcí ostatních dívek. Druhým údajem jsou krádeže, kterých se děti dopustily v době, než jim byla uložena ústavní nebo ochranná výchova a jsou zaznamenány v rozsudku o uložení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy. Zahrnujeme do těchto údajů krádeže větších částek a hodnotnějších předmětů doma nebo u příbuzných i krádeže v obchodech, restauracích a podobně. Třetím údajem jsou záznamy u dívek, které v krádežích pokračují i během umístění v zařízení institucionální výchovy. Údaje o krádežích před umístěním do institucionální péče a během pobytu v zařízení institucionální výchovy uvádíme pod názvem „celkem“, údaje o krádežích před umístěním do náhradní péče uvádíme pod názvem „doma“. Údaje o dívkách, které se dopouštějí krádeží i po umístění v zařízení institucionální výchovy, uvádíme pod názvem „v zařízení“.

<b>krádeže</b>	<b>počet dívek (47)</b>	<b>%</b>
celkem	12	25,5
doma	12	25,5
v zařízení	3	6,9

Údaje o počtu dívek, které se dopouštěly krádeží před umístěním do institucionální péče, s údaji o počtu dívek, které se dopouštěly krádeží celkem, jsou shodné. Celkem je tato skutečnost zaznamenána u čtvrtiny dívek. V krádežích i po umístění do zařízení institucionální výchovy pokračovaly 3 dívky – 25% z dívek, u kterých jsou záznamy o krádežích v dokumentaci.

### **prostituce**

Zkoumali jsme, kolik dívek má uvedenu v dokumentaci prostituci. Nejdříve jsme zjišťovali údaj, který je zaznamenán v dokumentaci před umístěním dívky ústavu, následně jsme zkoumali, kolik dívek má uvedenu prostituci během pobytu v ústavu.

Před příchodem do ústavu má uvedenu prostituci 7 dívek – 14,9% dívek z celkového zkoumaného vzorku. Během pobytu v ústavu má záznam o prostituci 5 dívek. Pouze na dlouhodobém útěku ze zařízení provozují prostituci 3 dívky. Za dlouhodobý útěk v tomto případě považujeme útěk, který je delší než dva týdny. Prostituci o vycházkách a několikrát se kvůli prostituci dopustily několikadenního útěku, jsme zjistili u 2 dívek. Na vycházkách, popřípadě krátkodobých útěcích nepřekračujících jeden den prostituci eviduje ústav u 2 dívek.

### **trestná činnost**

Zkoumali jsme, kolik dívek má uvedeno v dokumentaci, že se dopustilo trestného činu. Uvádíme údaje, které zaznamenávají trestnou činnost před příchodem do ústavu i trestnou činnost, které se dívky dopustily během pobytu v ústavu.

Záznam o trestné činnosti je uveden u 9 dívek – 19,7% ze zkoumaného vzorku. Důvodem k uložení ochranné výchovy byla trestná činnost u 5 dívek. U 3 dívek byla uložena ochranná výchova během pobytu v ústavu, trestné činnosti se dopustily na útěku ze zařízení. Do ústavu byly umístěny s uloženou ochrannou výchovou 2 dívky. K výkonu trestu odnětí svobody byly odsouzeny 4 dívky, v této souvislosti byla všem dívkám uložena ochranná výchova. Jedné dívce byl uložen trest domácího vězení, který porušila a před výkonem trestu odnětí svobody jí byla udělena amnestie prezidenta republiky.

### 11.1.2 shrnutí výsledků sekundární analýzy

V této části, uvádíme shrnutí výsledků studia dokumentů, které jsme postupně zaznamenávali v předchozí kapitole. Uvádíme zde přehled všech zjištěných údajů přiřazených jednotlivým dívkám. Slučujeme údaje, které jsme získaly z obou částí tohoto šetření. K užívání návykových látek, které jsme zjistili v první části šetření, uvádíme údaje z druhé části, která se zabývala poruchami chování. Neuvádíme zde údaje hospitalizací pro užívání návykových látek a hospitalizací v psychiatrické léčebně z důvodu agresivity. Jednotlivé dívky uvádíme pod čísla, které jsme jim přidělili v tomto výzkumu. Získané údaje zaznamenáváme v tabulce, kterou pro její rozsah uvádíme v příloze č. 6 naší práce. Zjištěný údaj je v tabulce uveden „x“.

Užívání návykových látek, které není spojeno s agresivitou, jsme zaznamenali u 8 dívek – 25,8% ze skupiny dívek, která má záznam o užívání drog. Agresivitu v kombinaci s drogou má uvedeno 21 dívek. Ve skupině dívek, které mají zaznamenanou agresivitu (30) to je 70%. Ze skupiny dívek, které mají uvedeno sebepoškozování má záznam o drogách 6 dívek, dvě třetiny dívek – 66,6% se sebepoškozují a zároveň užívaly drogy. Ve skupině uživatelů drog je to – 19,4%, téměř každá pátá dívka. Dívky, které mají uvedenou agresivitu verbální, má záznam o drogách 18 dívek, ve skupině uživatelů drog je to – 58,7%. Dívky, které mají uvedenou agresivitu ve spojení s ničením majetku a poškozováním věcí, má záznam o drogách 7 dívek, ve skupině uživatelů drog je to – 22,6%. Dívky, které mají uvedenou agresivitu vůči druhým osobám, má záznam o drogách 13 dívek, z dívek, které mají uvedenou agresivitu vůči osobám jeto většina dívek více než třetina dívek – 72,2%. Ve skupině uživatelů drog je to – 41,9%.

Záškoláctví jsme zjistili u 28 dívek, z tohoto počtu ve spojení s užíváním drogy u 19 dívek. V tomto vzorku to je 67,9%. Ve skupině uživatelů drog je to – 61,3%. Počet dívek, které mají uvedeno, že utíkaly z domova, a zároveň užívaly návykovou látku je 18, z počtu dívek, které utekly z domova (24) tyto dívky tvoří – 75%. Ve skupině uživatelů drog – 58,1%.

Krádeží se dopustilo celkem 12 dívek, z toho záznam o užívání drog má 7 dívek. Ve skupině uživatelů drog tvoří dívky, které se dopustily krádeže téměř čtvrtinu – 22,6%. Ve spojení s prostitutcív jsou drogy uvedeny u 6 dívek. S výjimkou jedné dívky, všechny dívky této skupiny užívaly drogy. Ve skupině uživatelů drog – 19,4%. U 9 dívek jsme zaznamenali trestnou činnost, z toho u 6 dívek ve spojení s užíváním drog, z počtu dívek, které se dopustily

trestné činnosti to je – 66,6%. Ve skupině uživatelů drog je to každá pátá dívka – 19,4%. Ve skupině uživatelů drog – 58,1%.

### 11.1.3 výsledky dotazníkového šetření

Dotazník, který jsme zpracovali, vyplňovaly všechny dívky, které byly v době konání výzkumu přítomny v ústavu (34). V předvýzkumu jsme testovali, zda jsou dívky schopny všem otázkám porozumět. Některé otázky jsme na základě těchto zkušeností upravili, některé otázky jsme museli dívkám v průběhu našeho šetření vysvětlit. Vysvětlení nebylo návodné, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. Pokud jsme otázky dívkám vysvětlovali, uvádíme tuto skutečnost v komentáři pod tabulkou, která zaznamenává odpovědi na jednotlivé otázky. Vyplňování dotazníku jsme byli osobně přítomni. Dívky vyplňovaly dotazník samostatně s výjimkou případů, které uvádíme. Dotazník je uveden v příloze práce, výsledky uvádíme otázkami z dotazníku, přehledně je zpracováváme do tabulek a pod tabulkami výsledky komentujeme, včetně uvedení zjištěných souvislostí.

#### Od koho jsi získala první informace o drogách?

informace	počet (34)	%
od rodičů	3	8,8
od sourozenců	5	14,7
od kamarádů	14	41,2
od učitelů	4	11,8
z jiného zdroje	8	23,5

Nejčastějším zdrojem informací o drogách pro dívky jsou jejich kamarádi. Druhým nejčastějším zdrojem je internet, téměř čtvrtina dívek ho uvedla v odpovědi jako jiný zdroj informací. Internet v tomto případě uvedlo 7 dívek, jedna dívka tento zdroj uvedla jako Facebook. Nejméně informací získaly dívky od svých rodičů a potom následovali učitele. Celkem se tyto dvě skupiny podílely na informovanosti dívek ve 20,6 %, tedy pouze v pětině případů.

### Myslíš, že alkohol a cigarety jsou droga?

alkohol a cigarety	počet (34)	%
ano	15	44,1
ne	4	11,8
jenom alkohol	11	32,4
jenom cigarety	0	0,0
nevím	4	11,8

Téměř polovina dívek – 44,1 % se domnívá, že alkohol i cigarety jsou droga. Každá třetí dívka považuje za drogu pouze alkohol. Tři čtvrtiny - 76,5 % dívek považuje alkohol za drogu. Počet dívek, které nepovažují alkohol a cigarety za drogu a počet dívek, které nemají na tuto otázku jasný názor je shodný, obě odpovědi tvoří celkem 23,5%. Můžeme tedy říci, že téměř čtvrtina dívek nepovažuje alkohol a cigarety za jednoznačnou hrozbu.

### Vyzkoušela jsi nějakou drogu (kromě cigaret)?

vyzkoušela	počet (34)	%
ano	34	100,0
ne	0	0,0

Nějakou drogu včetně alkoholu vyzkoušela většina dívek.

### Kterou drogu (kromě cigaret) jsi někdy vyzkoušela?

vyzkoušela	počet (34)	%
marihuana	32	94,5
hašiš	2	5,9
heroin	2	5,9
kokain	1	2,9
pervitin	12	35,3
léky	6	17,6
extáze	8	23,5
houbičky	4	11,8
těkavé látky	6	17,6
alkohol	34	100,0
jinou	0	0,0

Na tuto otázku odpovídaly všechny dívky, neboť z předchozích odpovědí, je patrné, že zkušenost s nějakou drogu včetně alkoholu má celý zkoumaný vzorek. Dívky měly možnost

uvést všechny drogy včetně alkoholu, které dosud vyzkoušely, byť jen jednou. Alkohol vyzkoušely všechny dívky. Druhou nejčastější drogou byla marihuana, kterou ve svých odpovědích uvedlo 32 dívek. Třetí nejčastější drogou byl pervitin, následovaly těkavé látky a léky. Jedna dívka vyzkoušela kokain. V odpovědi „jiné“, 8 dívek odpovědělo: „Plyn do zapalovačů“. Vzhledem k tomu, že tato látka nesplňuje charakteristiku drogy, neboť při ní nevzniká závislost, tyto odpovědi jsme vyřadili. Žádná z dívek, které uvedly, že vyzkoušely hašiš, heroin, kokain a pervitin, nevedla, že má zkušenosti s nějakou těkavou látkou. Ze skupiny dívek, které uvedly, že mají zkušenosti s těkavou látkou, 4 dívky vyzkoušely také nějaký lék. Nejčastěji zastoupenou skupinou, byly stimulační drogy – pervitin, kokain, extáze. Jednu, popřípadě více látek z této skupiny vyzkoušelo 16 dívek, tedy téměř každá druhá dívka, který má zkušenosti s drogou. Odfiltrovali jsme odpovědi, ve kterých dívky uvedly užití alkoholu a marihuany a zjistili jsme, že tzv. zkušenosti s „tvrdými drogami“ má 21 dívek – 61,8% ze zkoumaného vzorku.

#### **Pokud jsi již zkusila drogu (kromě cigaret), jak k tomu došlo?**

V tabulce jsme otázku, jak došlo k užití drogy, nahradili výrazem „kdy“. Dívky jsme při vyplňování poučili, že mohou uvést pouze jednu odpověď, a užití drogy vztahujeme pouze k prvnímu užití.

kdy	počet (34)	%
poradili mi kamarádi	16	47,1
z vlastního rozhodnutí	6	17,6
nabídl mi ji někdo z rodiny	2	5,9
nabídl mi ji můj partner	6	17,6
nabídl mi ji cizí člověk	2	5,9
jinak – jak?	0	0,0

Nejčastěji dívky vyzkoušely drogu na doporučení svých kamarádů. Tuto odpověď uvedla téměř každá druhá dívka. Počet dívek, které se samy rozhodly vyzkoušet drogu je shodný s počtem dívek, kterým nabídl drogu jejich přítel (partner). Jinou odpověď nevedla žádná dívka.



### **Brala jsi nějakou drogu (kromě cigaret) opakovaně?**

opakovaně	počet (34)	%
ano	34	100,0
ne	0	0,0

Všechny dívky, uvedly, že užíly drogu opakovaně.

### **Užíváš v současné době nějakou drogu (kromě cigaret)?**

v současnosti	počet (34)	%
ano, drogu vyhledávám	7	20,6
ano, jen výjimečně	27	79,4
ne	0	0,0

Každá pátá dívka, uvedla, že drogu vyhledává. Původně jsme do výzkumu zařadili otázku, zda dívky užívají drogu pravidelně. Tuto otázku jsme na základě šetření v předvýzkumu vyřadili, neboť dívky mají povinnost se podrobit vyšetření na návykové látky, ústav používá testy moči, slin, má možnost dívku odeslat na vyšetření krve do zdravotnického zařízení, pokud je podezření na ovlivnění návykovou látkou a rovněž se v ústavu dívkou podrobují vyšetření dechu na užití alkoholu. Po zjištění užití návykové látky má ústav možnost dívce omezit pohyb mimo zařízení. Tato praxe je běžně používána a odpověď na otázku pravidelného užívání návykové látky by byla zkrácena. Proto jsme otázku přeformulovali, zda dívka drogu aktivně vyhledává. Příležitostné užití návykové látky včetně alkoholu uvedly všechny ostatní dívky.

### **Kterou drogu v současné době užíváš alespoň příležitostně? Uveď všechny.**

Abychom získali co nejvíce pravdivé údaje, ujistili jsme opakovaně dívky, že výsledky dotazníku jsou neveřejné a jejich odpovědi nebudou nikomu z ústavu předloženy. Dívkám byla v dotazníku přidělena čísla, abychom mohli některé odpovědi posuzovat v souvislostech. Jména dívek k těmto číslům nebyla přiřazena. Dívky s tímto postupem byly seznámeny a souhlasily.

v současnosti	počet (34)	%
marihuana	28	82,4
hašiš	0	0,0
heroin	1	2,9
kokain	0	0,0
pervitin	7	20,6
léky	6	17,6
extáze	4	11,8
houbičky	3	8,8
těkavé látky	3	8,8
alkohol	34	100,0
jinou	0	0,0

Všechny dívky uvedly, že alespoň příležitostně užívají alkohol. Většina dívek – 82,4% příležitostně užívá marihuanu. Příležitostné užívání hašiše, kokainu a jiné drogy neuvádí žádná dívka. Třetí nejčastěji zastoupenou drogou, kterou dívky alespoň příležitostně užívají, je pervitin, následují léky. Porovnali jsme výsledky této otázky, s odpověďmi na otázku, které drogy v minulosti dívky užily opakovaně.

	opakovaně (34)	v současnosti (34)	%
marihuana	32	28	87,5
hašiš	2	0	0,0
heroin	2	1	50,0
kokain	1	0	0,0
pervitin	12	7	58,3
léky	6	6	100,0
extáze	8	4	50,0
houbičky	4	3	75,0
těkavé látky	6	3	50,0
alkohol	34	34	100,0
jinou	0	0	0,0

Počet dívek, které měly v minulosti opakovanou zkušenost s užíváním alkoholu a léků, se nezměnil. Mírně se snížil počet dívek, které v současnosti užívají marihuanu, v užívání nepokračují 4 dívky. Počet dívek, které v minulosti užívaly opakovaně pervitin, se snížil o 7 dívek, v užívání pokračuje více než polovina dívek – 58,3%.

**Myslíš si, že užívání drog (kromě cigaret) mělo, nebo má špatný vliv tvé chování?**

zhoršené chování	počet (34)	%
ano	24	70,6
ne	4	11,8
nedokážu posoudit	6	17,6

Při této otázce jsme dívky, instruovali, že nemají posuzovat skutečnost, že byly umístěny do ústavu. K této instrukci jsme přistoupili na základě poznatků získaných z předvýzkumu a následného rozhovoru s dívkami nad otázkami a odpověďmi. Většina dívek – 70,6% se domnívá, že užívání návykových látek mělo, nebo má negativní vliv na jejich chování. Většina dívek – 70,6%. Zhoršené chování vlivem užívání návykových látek nepřipouští, nebo si s odpovědí na tuto otázku není jistá, uvedla ve svých odpovědích téměř třetina dotázaných dívek – 29,4%.

**Pokud ano, v čem? Uved' všechny možnosti.**

zhoršené chování	počet (24)	%
sebepoškozování	4	11,8
agresivity	10	29,4
záškoláctví	18	52,9
útěky z domova	16	47,1
krádeže	8	23,5
prostituce	4	11,8
trestná činnost	4	11,8

Na tuto otázku odpovídaly pouze dívky, které v předchozí otázce odpověděly, že se domnívají, že užívání návykových látek vedlo ke zhoršení jejich chování. Dívky mohly volit z více odpovědí. Nejčastěji se dívky domnívaly, že užívání drog vedlo k tomu, že utíkaly z domova a nechodily do školy. Tuto skutečnost uvedla ve svých odpovědích téměř v obou případech přibližně polovina dívek. Prostituci v kombinaci s útěky z domova uvedly všechny 4 dívky. Téměř třetina dívek – 29,4% se domnívá, že užívání drog mělo souvislost s jejich agresivitou.

## 11.2 rodina

### 11.2.1 pobyt v zařízení institucionální výchovy

V první části této kapitoly jsme zkoumali, v kolika letech byla dívka do zařízení institucionální výchovy, uvádíme údaj prvního umístění. Druhou výzkumnou otázkou bylo, jak dlouho je dívka v zařízení institucionální výchovy. Pokud byla dívka umístěna do některého zařízení opakovaně, dobu jsme sčítali.

#### věk prvního umístění

první umístění	počet (47)	%
od narození	2	4,3
do 6 let	2	4,3
6 – 12 let	5	10,6
13 let	6	12,8
14 let	4	8,5
15 let	7	14,9
16 let	15	31,9
17 let	6	12,8

Nejvíce dívek poprvé přišlo za zařízení institucionální výchovy ve věku 16 let, byla to téměř třetina dívek – 31,9%. Ze všech dívek, jejichž údaje jsme zkoumali, bylo dívek ve věku 15 – 17 let 28, což je více než polovina všech dívek – 59,6%. Každá osmá dívka – 12,8% byla umístěna do institucionální výchovy 1 rok před svou zletilostí. Z tohoto počtu (6) dívek byly 2 dívky umístěny 6 měsíců před zletilostí. Ve věku méně než 15 let přišlo do zařízení 19 dívek - 40,4 % dívek, z tohoto počtu bylo nejvíce dívek ve věku 13 let. Dívek, které byly umístěny od narození do věku 12 let, bylo 9 – 19,1%. V této kategorii bylo nejvíce dívek umístěno do institucionální výchovy opakovaně, byly to 4 dívky. Ve věku do 12 let činily dívky, které byly umístěny opakovaně téměř polovinu - 44,4%.

Opakované umístění do zařízení institucionální výchovy jsme zaznamenali u 6 dívek – 12,8%. 1 dívka byla umístěna do kojeneckého ústavu, ihned po narození, protože rodiče neměli zajištěno bydlení a nebyli se o ni schopni postarat, ve 2 letech si dívku vzali domů a ve 14 letech ji opět umístili do dětského domova se školou. Od narození pobývala v institucionální výchově 1 dívka, nejdříve v kojeneckém ústavu, později si ji krátce babička vzala do pěstounské péče, ale ve 4 letech ji opět předala do péče dětského domova. V zařízení

institucionální výchovy pobývá dodnes. V předškolním věku byly umístěny do dětského domova 2 dívky, obě dívky byly umístěny do zařízení institucionální výchovy opakovaně. Z toho 1 dívku si v 7 letech vzala rodina do pěstounské péče.

### **délka pobytu v zařízení institucionální výchovy**

Druhým údajem, který jsme v úvodu této kapitoly zkoumali, byla celková doba pobytu dívek v zařízení institucionální výchovy. Jak jsme již uvedli, délku opakovaných pobytů jsme sčítali, údaj uvádíme zaokrouhleně na celé roky. Výsledky zaznamenáváme ve škále, kterou uvádíme v tabulce výsledků.

délka pobytu	počet (47)	%
1 rok	13	27,7
2 roky	12	25,5
3 roky	8	17,0
4 roky	3	6,4
5 let	4	8,5
6 let	4	8,5
8 let	1	2,1
9 let	1	2,1
17 let	1	2,1

Nejpočetnější skupinou, byly dívky, které strávili v zařízení institucionální výchovy od 1 – 3 let, celkem tuto dobu strávilo v zařízení 33 dívek – 70,2%. V této skupině bylo nevíce dívek, které strávily 1 rok a méně, bylo to 13 dívek, této kategorii 1 – 3 roky představovaly 39,4%. Více než 4 roky strávila v zařízení institucionální výchovy téměř třetina dívek – 29,8%. Pouze jedna dívka strávila v zařízení více než 10 let.

### **11.2.2 rodina**

V druhé části tohoto výzkumu jsme zkoumali, jaká je současná situace v rodinách dívek. Za úplnou rodinu jsme považovali situaci, kdy ve společné domácnosti žijí oba biologičtí rodiče. Za rodinu, kterou označujeme „1 rodič s partnerem“, jsme považovali rodinu, ve které žije biologický rodič s partnerem ve společné domácnosti. Nerozlišovali jsme, zde jede o manželství nebo partnerské soužití. Zjištěnou skutečnost jsme zapisovali v rozlišení „o“ otec; „m“ matka. Toto označení jsme zvolili i u rodin, ve kterých žije 1 biologický rodič sám. Podobně jsme použili označení u prarodičů „b“ babička.

### současná rodina dívky

délka	počet (47)	%
úplná rodina	5	10,6
1 rodič s partnerem	15	31,9
pěstouni, osvojitelé	2	4,3
1 rodič	19	40,4
prarodiče	5	10,6
bez rodiny	1	2,1

V současné době má úplnou rodinu každá desátá dívka. Rodinu, ve které žije jeden biologický rodič s partnerem ve společné domácnosti, jsme zjistili u každé třetí dívky – 31,9%. Nejčastěji byla dívka svěřena do péče matky, která žije v rodině s novým partnerem, v 11 případech a pouze 4 krát byla v péči otce, který žil s novou partnerkou. Pěstounskou péči jsme zjistili v 1 případě, šlo o pěstounskou rodinu, která pečuje o dívku od věku 7 let a v 1 případě byla dívka osvojena nezrušitelně. V tomto případě o dívku pečoval pěstoun otec, protože matka zemřela. Nejpočetnější skupiny tvořili rodiče, kteří nežili ve společné domácnosti s partnerem. Celkem jsme tuto skutečnost zjistili u 19 dívek – 40,4 %. Z tohoto počtu byla dívka svěřena do péče matky v 15 případech, ve 4 případech se o dívku staral otec. V péči prarodičů je v současné době 5, ve 3 případech o dívku pečuje sama babička. Zjistili jsme, že dívky byly svěřovány v minulosti svěřovány soudem střídavě do péče otce, matky, pěstounů i prarodičů. Tuto skutečnost jsme zjistili u 11 dívek. V pěstounské péči, která byla později zrušena, a o dívku pečuje rodič, byly 4 dívky. V jednom případě byla dívka umístěna do kojeneckého ústavu od narození, ve 4 letech požádala babička o svěřování do pěstounské péče, v krátké době požádala o zrušení této péče a dívka vyrůstala v zařízení institucionálním a v současné době nemá žádnou rodinu. Bez kontaktu s rodiči je 1 dívka.

### 11.3 kontakt

Dotazník jsme předložili všem dívkám, které byly v době našeho šetření v ústavu (34) dotazník odmítlo vyplnit 6 dívek, dotazník odevzdaly neúplný 3 dívky. Výzkumný vzorek v tomto šetření proto činí 25 dívek. Dívkám jsme v dotazníku přidělili číslo, abychom některé odpovědi mohli posuzovat v kontextu.

První otázkou jsme zjišťovali, zda jsou dívky v kontaktu s rodinou, jinými příbuznými a svými přáteli. Tato otázka zjišťovala kontakt na dálku, tedy mimo návštěvy osob v ústavu a

dovolenky dívek. Dívky mohly volit z více možností. Podotázkou jsme zjišťovali, způsob, jakým jsou dívky v kontaktu, opět mohly volit více odpovědí.

V kontaktu s rodinou nebo kamarády jsou všechny dívky. Nejčastěji jsou dívky v kontaktu se svými kamarády. Tuto odpověď uvedlo 23 dívek. Variantu přítel zvolilo 8 dívek. Z rodiny jsou dívky nejčastěji v kontaktu se svou matkou - 17 dívek, z tohoto počtu jako jediný kontakt z rodiny uvedlo svou matku 10 dívek. Se svým otcem je v kontaktu 12 dívek, otce jako jediný kontakt uvedlo 5 dívek. Kontakt s prarodiči uvedlo 8 dívek, prarodiče jako jediný kontakt uvedly 4 dívky. Se sourozenci je v kontaktu 12 dívek. Možnost doplnit kontakt o jiného člena rodiny využilo 5 dívek, nejčastěji uváděly tetu nebo strýce.

V podotázce, ve které měly dívky uvést, jaký kontakt využívají, nejčastěji uvedly ústavní mobil. Tuto odpověď jsme ověřovali a ujistili jsme, že dívky mají možnost neomezeného telefonování z ústavních mobilních telefonů rodičům a příbuzným bezúplatně a stejně tak není omezeno telefonování příbuzných a blízkých osob do zařízení na pevnou linku nebo vyčleněné mobilní telefony. Druhou nejčastější odpovědí bylo telefonování z vlastních mobilních telefonů. Dalším nejčastějším kontaktem je využití Facebooku. V ústavu mají dívky přístup k internetu denně. Pouze 6 dívek uvedlo, že jsou v kontaktu klasickým dopisem.

Další otázka zjišťovala, jaký kontakt s rodinou by si dívka přála. Nejčastěji dívky volily odpověď „dovolenka domů“, tuto odpověď zvolilo 8 dívek, následovala odpověď mobil - 6 dívek a ústavní telefon. Telefonický kontakt si nejvíce přálo 11 dívek – 44% z dívek, které ve výzkumu odpověděly na všechny otázky (25). O návštěvu rodičů v zařízení nejvíce stojí 3 dívky, stejný počet dívek zvolil odpověď „dopis“. Kontakt s rodinou pomocí internetu neupřednostňuje žádná dívka. Možnost jiné odpovědi nevyužila rovněž žádná dívka. Překvapilo nás, že většina dívek upřednostňuje neosobní kontakt pomocí telefonu nebo dopisu, ze všech dotázaných tvoří tyto dívky většinu – 56%.

Další otázkou jsme se ptali, jak často jsou dívky v telefonickém kontaktu s rodinou. Nerozlišovali jsme, zda jde o kontakt aktivní, dívka sama telefonuje, nebo pasivní, dívka přijímá volání rodiny. Tyto výsledky pro přehlednost uvádíme v tabulce. Podle našich zjištění tyto údaje nemohou být ovlivněny technickými problémy, protože jak uvádíme jinde, dívky mohou telefonovat rodičům téměř neomezeně na náklady ústavu.

četnost tel. kontaktu	počet (25)	%
denně nebo téměř	2	8,0
jednou týdně	12	48,0
jednou za dva týdny	0	0,0
jednou za měsíc	1	4,0
méně než jednou za	4	16,0
vůbec	6	24,0

Pravidelně alespoň jednou týdně je v telefonickém kontaktu s rodinou více než polovina dívek – 56%. Žádný telefonický kontakt s rodinou neudržuje téměř čtvrtina dívek – 24,0 %. Alespoň občas je v telefonickém kontaktu s rodinou 19 dívek – 76,0%.

Následovala otázka, která zjišťovala, zda dívkám tato frekvence telefonického kontaktu vyhovuje. Dívky, které uvedly, že jsou v telefonickém kontaktu s rodinou, odpověděly většinou, že jim tato četnost vyhovuje. Jednou jsme zjistili u dívky, která v předchozí otázce odpověděla, že je v kontaktu jednou týdně, že by uvítala kontakt méně než doposud. Z dívek, které uvedly, že jsou v kontaktu méně než jednou za měsíc nebo vůbec uvedly 3 dívky, že by uvítaly kontakt častěji, ostatní dívky (6) uvedly odpověď „stejně jako doposud“.

Předchozí dvě otázky jsme doplnili další, která zjišťovala, kdo častěji telefonuje.

kdo telefonuje	počet (19)	%
dívka rodině	6	31,6
rodina dívce	9	47,4
stejně často	4	21,1

Na tuto otázku odpovídaly pouze dívky, které uvedly, že jsou alespoň občas v telefonickém kontaktu s rodinou (19). Dívky mohly volit pouze jednu odpověď. Nejčastěji telefonuje rodina dívce.

### **Kdo s tebou pravidelně hovoří o situaci ve tvé rodině?**

Další otázkou jsme zjišťovali, kdo s dívkou hovoří o její rodině, zajímaly nás především odpovědi, které se týkaly pracovníků ústavu. Dívky měly možnost volit více odpovědí. Posouzení, zda jde o pravidelné rozhovory, jsme ponechali plně v kompetenci dívky.



hovory o rodině	počet (25)	%
vychovatel	25	100,0
učitel	6	24,0
etoped	25	100
psycholog	11	44,0
ředitel	8	32,0
sociální pracovníce v ústavu	25	100,0
kurátor	22	88,0
někdo jiný	10	24,0
nikdo	0	0,0

Všechny dívky uvedly, že s nimi pravidelně hovoří o situaci v rodině některý vychovatel, etoped a sociální pracovníce v ústavu. S většinou dívek rozebírá situaci v rodině jejich kurátor – 88% dotazovaných. V odpovědi „někdo jiný“ uvedly dívky nejčastěji psychiatra nebo lékaře, tuto odpověď uvedlo 6 dívek. Odpověď příbuzní, nejčastěji teta, uvedly 4 dívky.

Další otázka navazovala na předchozí a zkoumal, s kým by si dívka přála o své rodině hovořit v ústavu. Dívky zde měly možnost volit pouze jednu odpověď. Chtěli jsme touto otázkou zjistit, koho dívky při rozhovoru o své rodině preferují. Vychovatel zde byl upřesněn termínem „vychovatel, ke kterému mám důvěru“, v tabulce jej uvádíme pouze jednoslovně, vychovatel. Dívky měly možnost zvolit i kurátora, který je v zařízení pravidelně navštěvuje. Do předem definovaných osob, se kterými by chtěla dívka hovořit, jsme na základě předvýzkumu zařadili i sociální pracovníci, která s dívkami pravidelně o jejich situaci hovoří. Dívky často využívají možnosti volat rodičům z její kanceláře, zejména tehdy, když se chtějí s rodiči a kurátory domluvit na propustce, kterou jim následně sociální pracovníce zprostředkuje.

s kým chci hovořit	počet (25)	%
vychovatel	9	36,0
učitel	2	8,0
etoped	6	24,0
psycholog	1	4,0
ředitel	3	12,0
sociální pracovníce v	2	8,0
kurátor	0	0,0
někdo jiný	2	8,0

Nejčastěji by dívky chtěly hovořit o své rodině s vychovatelem, ke kterému mají důvěru, následuje etoped. Žádná z dívek nepreferuje pro svůj rozhovor o rodině kurátora a 2 dívky v odpovědi „někdo jiný“ uvedlo „nikdo“. Z pracovníků, kteří jsou s dívkami v denním kontaktu, učitel a vychovatel vyhledává rozhovor o rodině 11 dívek – 44,0%. Odborné pracovníky, kteří s dívkou pracují nepravidelně, a mezi tyto pracovníky řadíme i sociální pracovníci, která má vzdělání v oboru speciální pedagogika a psychologie a ředitele, který je speciální pedagog – etoped, preferuje 12 dívek – 48% dotázaných.

Ptali jsme se, kdo z rodiny telefonuje s někým ze zařízení. V předvýzkumu jsme si ověřili, že dívkám jsou tyto informace sdělovány a o všech kontaktech vědí. Dívkám je vhodnou formou zprostředkován i obsah rozhovoru. V zařízení pracuje druhá sociální pracovníce, která má na starosti pouze agendu spojenou s ošetrovným, telefonické kontakty spojené s touto agendou jsou v zařízení evidovány oddělně a tyto telefonáty nejsou dívkám sdělovány. Dívky nejčastěji uvedly, že do zařízení telefonuje matka a chce mluvit se sociální pracovnící, která má na starosti kontakt s rodinou a kurátory nebo ředitelem. Tuto odpověď uvedlo 18 dívek. Matky telefonují s vychovatelem ve 14 případech, nejčastěji u údaje jak často, dívky uvedly slovně „po návratu z dovolenky – 8 odpovědí. Otcové telefonují do zařízení v 6 případech, odpověď babička uvedly 4 dívky.

#### **V zařízení mě navštívil/a v posledních třech měsících:**

V této otázce měly dívky možnost volby více odpovědí, nerozlišovali jsme, zda dívku navštívili příbuzní a přátelé společně. V tomto případě proto neuvádíme procentuální vyjádření. V odpovědi prarodiče, sourozenci a někdo jiný, mohly dívky odpověď upřesnit. Ptali jsme se na všechny návštěvy, tedy nejen rodičů a příbuzných, ale i přátel a kamarádů. Dívky do svých odpovědí nezahrnovaly návštěvy úřední, kurátorů obhájců a podobně.

návštěva	počet (25)
matka	6
otec	2
prarodiče	3
sourozenci	4
někdo jiný	8
nikdo	10

Nejčastěji dívky navštěvují jejich kamarády a přátele. Přítel, který s dívkou má vztah, byl v odpovědi uveden ve 4 případech. Za poslední 3 měsíce nenavštívil nikdo 10 dívek.

### **Jak často by sis přála, aby tě tvá rodina navštěvovala?**

Touto otázkou jsme zjišťovali, zda dívkám současný stav vyhovuje. Dívky měly odpovídat pouze na návštěvy rodiny. Mohly uvést odpověď, že jim frekvence návštěv vyhovuje, tuto odpověď uvedlo 11 dívek, z tohoto počtu 8 dívek nemělo za poslední 3 měsíce žádnou návštěvu příbuzných. Častější návštěvy by uvítalo 14 dívek, z tohoto počtu nemělo žádnou návštěvu příbuzných ve sledovaném období 10 dívek. Méně návštěv si nepřeje žádná dívka.

Následovala otázka otevřená, ve které mohly dívky napsat proč si myslí, že je rodina nenavštěvuje tak často, jak by si přály. S četností návštěv rodinných příslušníků jsou spokojeny 3 dívky. Odpověď, že o návštěvu příbuzných nestojí, uvedlo 8 dívek. Nejčastější odpovědí u dívek, které by si přály častější návštěvy, byl nedostatek finančních prostředků v rodině, tuto odpověď uvedlo 6 dívek, nedostatek času a vzdálenost bydliště rodiny od ústavu uvedly 3 dívky a nezájem rodičů o dívku uvedly ve svých odpovědích 4 dívky.

Dotazovali jsme se, zda s dívkou po každém jejím kontaktu s rodinou hovoří nějaký pracovník ústavu. Dívky mohly volit pouze jednu z předdefinovaných odpovědí, u první a poslední odpovědi měly doplnit, o koho se jedná a mohly volit více osob. Dívky volily z následujících odpovědí:

- ano, vždy – kdo...
- jen když bylo něco špatně
- ne, ale nevádí mi to
- ne, byla bych ráda, kdyby se mnou někdo návštěvu probral – kdo ...

Všechny dívky ve svých odpovědích uvedly, že po každém kontaktu se jim některý pracovník ústavu věnuje. Nejčastěji dívky uvedly kmenového vychovatele, tuto skutečnost uvedly všechny dívky. Následoval rozhovor s etopedem, kterého ve svých odpovědích uvedlo 12 dívek. Psycholog rozebírá situaci po kontaktu s rodinou vždy ve 3 případech. Vychovatele jiné výchovné skupiny uvedly 4 dívky, učitele a sociální pracovníci ústavu uvedly 2 dívky.

V dalších dvou otázkách jsme zkoumali, jak často dívky jezdí na propustku za svou rodinou, dívky měly uvést pouze návštěvu rodičů a prarodičů. Následovala otázka, zda by dívky chtěly jezdit častěji a jaké jsou důvody, proč častěji domů nejezdí.

### Na propustku za svou rodinou dívky jezdím:

propustky	počet (25)	%
pravidelně	6	24,0
občas	7	28,0
nikdy	12	48,0

Alespoň občas jezdí na propustku k rodině 13 dívek, - 52%. Z tohoto počtu jezdí pravidelně alespoň jednou za měsíc 6 dívek, tato skupina tvoří čtvrtinu dívek umístěných v ústavu. Frekvenci alespoň jednou za měsíc jsme zvolili proto, že většina dívek bydlí ve vzdálenosti, která je pro dojíždění časově náročná. Téměř polovina dívek z ústavu na propustky k rodičům a prarodičům nejezdí. Důvody, proč tomu tak je, mohly dívky uvést v následující otázce.

### Chtěla bych jezdit častěji, ale:

propustky	počet (25)	%
doma častěji nechtějí	2	8,0
častěji nechci	8	32,0
jiný důvod	15	60,0

Třetina dívek, nechce jezdit domů častěji. Čtvrtinu dívek doma nechtějí častěji, než je tomu dosud. Jako jiný důvod, proč dívky nejezdí domů častěji, uvedly dívky v nejvíce odpovědích nesouhlas kurátora v místě bydliště, tuto skutečnost uvedlo 9 dívek, velkou vzdálenost bydliště od ústavu, pro kterou dívky nemohou domů jezdit častěji, uvedly 3 dívky a 2 dívky uvedly, že rodiče nemají vlastní ubytování.

Dotazovali jsme se, kam dívky půjdou po ukončení pobytu v ústavu. K rodičům chce jít po ukončení pobytu téměř polovina dívek, tuto odpověď uvedlo 12 dívek – 48%. Bydlení u prarodičů plánují 2 dívky, se sourozenci chce bydlet 1 dívka. Ubytování jinde uvedlo 10 dívek. Z tohoto počtu 2 dívky nevědí, kam půjdou, 4 dívky půjdou do ústavu sociální péče, nebo do chráněného bydlení a 4 dívky plánují vlastní ubytování nebo azylový dům.

V poslední otázce této části průzkumu měly dívky uvést, co by pomohlo rodině, aby se k ní mohly vrátit., Tato otázka byla otevřená a dívky mohly uvést vlastními slovy všechny skutečnosti, které by rodině pomohly.

Nejčastěji zaznamenanou odpovědí bylo nevíím, nebo je mi to jedno. Tuto odpověď uvedlo 12 dívek, z toho 8 dívek uvedlo, že jim je to jedno. Další nejpočetnější odpovědí bylo změněné chování dívky. Dívky uvedly, že by pomohlo, kdyby přestaly užívat návykové látky,

tuto odpověď uvedlo v různých obměnách 6 dívek, nejčastěji to bylo ve spojení s výchovnými problémy. Dívky také uvedly, že by rodině pomohlo, kdyby z rodiny odešel nový partner. Tuto skutečnost uvedlo 5 dívek. Zlepšená situace v oblasti bydlení ve spojení s finanční situací uvedly 4 dívky.

## **11.4 kazuistiky**

### **11.4.1 Veronika 18 let**

#### **osobní anamnéza**

Veronika se narodila do úplné rodiny jako chtěné dítě. Porod proběhl v řádném termínu. Dívka se narodila s nízkou porodní váhou. Veronika neprodělala žádná vážnější onemocnění ani neutrpěla v dětství žádné úrazy.

V předškolním věku spíše plačtivá, konfliktní, těžko si zvykala na změny. Ve školním věku pak nadměrná mrzutost, začaly se objevovat suicidální tendence. Z toho důvodu opakovaně hospitalizována v psychiatrickém léčebně a v péči dětského psychologa.

#### **rodinná anamnéza**

Veronika má jednoho sourozence - sestru, která je dospělá a žije sama ve vlastním bytě. Veronika také nevlastní sourozence z partnerského soužití otce – chlapce dvojčata. Manželství rodičů bylo značně konfliktní. Matka od rodiny odešla a zdržuje se na neznámém místě. Manželství rodičů bylo rozvedeno v roce 2005, dívce bylo v té době 10 let. Veronika byla svěřena do péče otce, na výchově se podílela babička z otcovy strany. Otec je ve výchově apatický, jeho přístupu převládá emoční plochost. Babička má k Veronice velice pozitivní vztah. Komunikace mezi otcem a jeho matkou nefunguje. Vztahy Veroniky se členy rodiny jsou komplikované. Přestože z počátku inklinovala k babičce, tak tu postupně opouští, odmítá s ní komunikovat. Při jednání je na ni prudká, odsekává, o babičce nehovoří příliš kladně. Stejně tak postupně se vzdaluje otci, zdůvodňuje to tak, že otec o ni nemá zájem. Velice záporný má Veronika vztah k partnerce otce, kterou obviňuje z ovlivňování jeho jednání a vztahu k ní. Partnerku podezírá z toho, že otce finančně „vysává“, nutí ho se zadlužovat. O své matce nemá Veronika žádnou zprávu, v rozhovoru se o ní nezmiňuje.

### **školní anamnéza**

V předškolním věku časté konflikty s dětmi, neschopnost zapojení do kolektivu vrstevníků. Požadavky základní školy však zvládala. Od páté třídy se, v souvislosti s rozvodem rodičů, objevují výrazné problémy v chování, nedůvěřivost, podrážděnost, suicidální pokusy. V současné době dokončuje studium dvouletého učebního oboru provozní služby v ústavu. Prospěchově patří mezi nadprůměrné žáky. Počet absencí má nízký. Ve třídě působí rušivě její negativistické postoje, nerada se zapojuje do diskuse. V prvním ročníku učebního oboru často reagovala afektivně na poznámky spolužáků. Měla pocit, že ji nikdo ve třídě nechce a často vyučování opouštěla a uzavírala se sama do sebe. Ve druhém ročníku se její chování zlepšilo, ovládá své emoce a neopouští třídu. Více komunikuje s vyučujícím.

### **sociální anamnéza**

Veronika je samotářky, po celou dobu pobytu v ústavu si nenašla žádnou kamarádku. Z počátku neměla důvěru k žádnému pedagogickému pracovníkovi, který ji měl v péči. Pro časté konflikty s dívkami, které obviňoval, že jí ubližují, vystřídala několik výchovných skupin. V současné době se pokouší komunikovat s ředitelem ústavu a sociální pracovníci, kteří jí pomáhají řešit problémy spojené s možným odchodem z ústavu. Její sociální přizpůsobivost je na nižší úrovni. Má pocit, že jí chtějí všichni ublížit, často neodhaduje situace, případně na ně reaguje neadekvátně. V jeho chování se objevují tendence k sebetryznění, které vedou k myšlenkám na sebevraždu. Veronika nemá vyhraněné zájmy. Okruh jejich zálib a zájmů je orientován individualisticky. Nejvíce se věnuje ručním pracím, kreslení a vyšívání.

### **problémy před vstupem do zařízení institucionální péče**

Těsně před prvním umístěním do zařízení institucionální péče v roce 2011, byla Veronika odvezena rychlou zdravotnickou pomocí do psychiatrické léčebny, protože si uvázala drát kolem krku a rozeslala tuto zprávu pomocí sms. Tento pokus opakovala i v den, kdy byla umisťována do diagnostického ústavu. DO diagnostického ústavu byla umístěna opakovaně, naposledy na jaře 2012. Přítelkyně otce uvedla podezření, že Veronika doma zcizovala drobné finanční částky. Veronika si sama bez vědomí otce zřídila paušál k mobilnímu telefonu a provolala velice vysokou částku.

## **průběh spolupráce**

Veronika byla do našeho ústavu umístěna v červnu 2012. Rozsudkem soudu jí byla ústavní výchova prodloužena do devatenácti let.

Chování dívky v našem zařízení bylo od počátku jejího pobytu převážně bezproblémové, nicméně ovlivnitelné častými výkyvy nálad. Obvykle pro sebe vyžadovala individuální pozornost ze strany dospělých, zejména odborných pracovníků VÚ. Někdy k tomu využívala nevhodné, až manipulativní způsoby jednání. Její chování k pedagogickým pracovníkům však bylo vždy slušné. Své povinnosti v rámci režimových činností spolehlivě plní, je ochotná a aktivní. S ostatními dívkami měla opakovaně neshody, jejich vzájemný vztah je konfliktní.

Veronika je v pravidelném, prakticky každodenním telefonickém kontaktu s otcem a jeho matkou, u které strávila doposud tři prázdninové dovolenky. Během letních prázdnin 2012 byla na dovolence i u mateřské babičky a vánoční prázdniny trávila u své sestry.

Veronika se v průběhu pobytu v našem zařízení nedopustila žádného útěku, rovněž nebyla hospitalizována v psychiatrické léčebně. V posledních 2 měsících došlo k určitým změnám jejího chování. Projevuje se samostatněji, odborné pracovníky žádá o konzultace výjimečně, zcela se vyvarovala manipulativního jednání formou vyhrožování sebevraždou či sebepoškozováním. Snaží se řešit své problémy jako dospělý člověk, v komunikaci je přístupná rozumným argumentům. Veronika má i nadále nelehkou pozici ve skupině ostatních dívek, které jsou vesměs mladší, než ona. Jen obtížně v jejich kolektivu nachází své místo, není oblíbená, nemá vytvořený žádný přátelský vztah. Mnohem více jí vyhovuje společnost dospělých osob. V současné době Veronika sama požádala soud o zrušení ústavní výchovy, která jí byla přes její odmítavý postoj a nesouhlas ústavu prodloužena o jeden rok. Zatím není rozhodnuta, kam půjde po ukončení pobytu v ústavu. Ubytování jí nabídla babička z otcovy strany, Veronika také zvažuje zařízení poskytující sociální službu dům na půl cesty. Z rozvoru s dívkou jsme zjistili, že se svým dalším setrváním v ústavu nesouhlasí a. Zatím celou situaci posuzuje v klidu, neobjevují se u ní suicidální sklony jako v minulosti. Je pozitivně naladěna a věří, že soud jí umožní odejít z ústavu co nejdříve.

## 11.4.2 Karolína 16 let

### osobní anamnéza

Rodiče Karolíny nebyli manželé, otec od rodiny odešel. Dívka se narodila předčasně ve 32 týdnu těhotenství. Bližší informace nejsou známy. Po porodu byla umístěna na 4 měsíce v kojeneckém ústavu, poté se vrátila k matce. Od dětství měla výchovné problémy, zatvrzelá, vzteklá, neuznávala autoritu, agresivní. Hospitalizována v dětské psychiatrické léčebně, diagnostikována hyperkinetická porucha chování – ADHD. Byla medikována, ale léky neužívala.

### rodinná anamnéza

Karolína 4 nevlastní sourozence z otcovy strany, se kterými se nestýká. Matka žije v panelákovém bytě 2 + kk již 9 let se svým přítelem. Karolína má svůj vlastní pokoj. Matka uvádí, že svou dceru výchovně nezvládá, dívka ji nerespektuje a je vůči ní agresivní a používá vulgární výrazy, toto tvrzení potvrzuje i přítel matky. Od dětství Karolína chodila pravidelně ke své prababičce především na víkendy a prázdniny. V loňském roce se dívka zdržovala u prababičky. Matka se domnívá, že Karolína využila situace a při pobytu u prababičky nechodila do školy a toulala se. Pokud chtěla matka vidět dceru, musela ji navštívit u prababičky, domů se odmítala vrátit.

Karolína má zletilého přítele, který je trestně stíhán a dle sdělení matky v trestné činnosti pokračuje.

### školní anamnéza

V předškolním věku časté konflikty s dětmi, vulgární projevy agrese vůči ostatním dětem. Požadavky základní školy nezvládala, časté absence, opakovala 5. ročník. Povinnou školní docházku ukončila Karolína v 8. třídě, kde také neprospěla. Ve škole měla časté absence, neuznávala autoritu učitele, bez dovolení se vzdalovala z vyučování. Ve výuce, především o přestávkách hlučná, vulgární. Neplnila si základní povinnosti, nepsala domácí úkoly. Na 2. stupni základní školy opakovaně podezření na krádež peněz a osobních věcí spolužáků. Karolína uvádí, že se jí děti posmívaly, že je její otec Rom a proto ji ubližovaly a šikanovaly jí.

Po skončení základní školy nastoupila Karolína do středního odborného učiliště v místě bydliště, obor kuchařka do školy nechodila, měla ve druhém pololetí 208



neomluvených hodin. V současné době je žákyní 1. ročníku odborného učiliště v ústavu, učebního oboru provozní služby. Prospěchově patří mezi podprůměrné žáky. Počet absencí má nízký. Ve třídě působí rušivě, výkladu látky se nevěnuje, často vyrušuje nebo naopak polehává na lavici. Často vyrušuje dotazy, které nesouvisejí s probíranou látkou. O přestávkách pobíhá po chodbě a je nadměrně hlučná. Na napomenutí nereaguje, často hledá zástupné důvody pro své chování.

### **sociální anamnéza**

Karolína je agresivní a vulgární. v kolektivu vyvolává neustálé konflikty a hádky. Nerespektuje autoritu. Obává se, že ji budou ostatní děti bít, má strach, že ihned po umístění do ústavu bude napadena dívkami. Má hodně kamarády, kteří jsou umístěni v jiných zařízeních institucionální péče. Udává, že od nich ví, jak to to v ústavech funguje. Má diagnostikovanou hyperkinetickou poruchu, ADHD a disharmonický vývoj osobnosti. Matce vyčítá, že nesplnila svůj slib, že si ji vezme domů po pobytu v diagnostickém ústavu. Má obavu, že bude v ústavu do 18ti let a pobyt v ústavu tak dlouho nezvládne. Nerada je sama, bojí se spát sama na pokoji, uvádí, že celou noc neusne a pláče. Její zájmy a záliby jsou nevyhraněné, žije konzumním způsobem, sama uvádí, že ji již dlouho nic nebaví.

### **problémy před vstupem do zařízení institucionální péče**

Matka požádala soud o nařízení ústavní výchovy z vlastní iniciativy, protože ji dívka nerespektuje. Prababičku, u které před umístěním bydlela, okrádala a nutila ji vydávat peníze. Důvodem pro umístění byly časté potulky, většinou se závadovou partou, záškoláctví, drobné krádeže, agresivita a vulgární vyjadřování. Nadměrně požívala alkohol a experimentovala s návykovými látkami, především s marihuanou. Při umístění do diagnostického ústavu byla zaskočena nařízením ústavní výchovy, plačtivá. Chce se vrátit domů a slibuje, že se zklidní a zlepší své chování.

### **průběh spolupráce**

Karolína Sýkorová byla do našeho ústavu přemístěna v září 2012. Je temperamentní, bezprostřední, extravertní dívka. Pedagogické pracovníky převážně respektuje, s občasnými projevy vzdorovitosti. Je emočně labilní, má tendenci k impulsivním reakcím. Své povinnosti v rámci režimových činností plní, ovšem s nutností občasných kontrol kvality odvedené práce. Z volnočasových aktivit upřednostňuje práci s PC a sportovní činnosti. Karolína je studentkou učebního oboru Provozní služby na střední škole při našem zařízení. Do výuky dochází

pravidelně, ale o studium neprojevuje vážný zájem. V 1. pololetí školního roku 2012/13 prospěla. Výchovná opatření jí byla udělována za opakované užití THC. Od ledna 2013 měla však veškeré namátkové testy na přítomnost návykových látek negativní. Karolína se za dobu pobytu v našem zařízení nedopustila žádného útěku. Dívka udržuje pravidelný telefonický kontakt se svou matkou. Se souhlasem místně příslušného OSPOD u ní rovněž strávila jednu víkendovou a tři prázdninové dovolenky. Velmi se upíná na možnost zrušení ústavní výchovy a návratu k matce.

## **11.5 vyhodnocení hypotéz**

### **11.5.1 první hypotéza**

**Předpokládá se, že dívky umístěné v ústavu mají výchovné problémy nejčastěji v kombinaci s užíváním návykových látek.**

Hypotéza se na základě výsledků zpracovaných údajů z osobních spisů dívek, léčebných deníků a jiných materiálů vedených ústavem k dívkám potvrdila. Ze sekundární analýzy dat vyplývá, že návykové látky užívalo, nebo v současné době užívá 31 dívek ze zkoumaného vzorku (47). Za návykovou látku jsme považovali v našem výzkumu drogy a alkohol, z výzkumu jsme vyloučili nikotin. Z tohoto vzorku užívaly alkohol v nadměrném množství 2 dívky. Léčbu v souvislosti s užíváním návykových látek různých zařízeních včetně DETOXU jsme zjistili u 8 dívek. Jedna dívka opakovala léčbu 8x, dvě dívky 6x.

Sebepoškozování jsme zjistili u 9 dívek, verbální agresi u 24 dívek, ničení majetku má zaznamenáno 8 dívek a agresi vůči druhé osobě 18 dívek. Všechny definované druhy agresivity jsme zjistili u 3 dívek. Agresivní chování, které směřovalo vůči jiným osobám nebo věcem (verbální, ničení majetku a napadání osob) jsme zaznamenali u 27 dívek. Fyzickou agresi, ničení majetku a násilí proti druhé osobě jsme zaznamenali u 18 dívek.

Sekundární analýzu dat jsme doplnili dotazníkovým šetřením, ve kterém jsme se dotazovali 34 dívek, které byly v době konání výzkumu přítomny v ústavu na jejich zkušenosti s užíváním návykových látek a jejich postoje k této problematice. Všechny dívky v dotazníku uvedly, že mají zkušenosti s užíváním návykových látek, všechny uvedly zkušenost s alkoholem a 32 dívek uvedlo zkušenost s marihuanou. Opakované užití návykové látky opět uvedly všechny dívky. Aktivně návykovou látku vyhledává 7 dívek, 27 dívek uvedlo, že návykovou látku aktivně nevyhledává a užívá ji pouze výjimečně, když k tomu má příležitost. Dodatečným zkoumáním dokumentů jsme zjistili, že nejčastěji dívky užívají

návykovou látku během obytnosti u rodičů na propustce a na vycházkách, které jim ústav umožňuje denně. Skutečnost, zda dívka na vycházce užila návykovou látku, zjišťuje ústav testy moči a slin, užití alkoholu alkokotestrem. O užití návykové látky na propustce je ústav informován nejčastěji rodiči, případně jsou dívky podrobeny testům po návratu z propustky.

### **11.5.2 druhá hypotéza**

**Předpokládá se, že dívky umístěné v ústavu pocházejí převážně z neúplných rodin.**

Druhá hypotéza se potvrdila. Zkoumali jsme aktuální údaje ve spisech dívek. Za úplnou rodinu jsme považovali rodinu, ve které žijí v manželství nebo partnerském vztahu oba biologičtí rodiče dívek. Úplnou rodinu má v současné době 5 dívek. Doplněnou rodinu, ve které žije jeden biologický rodič s jiným partnerem, jsme zaznamenali u 15 dívek. V jednom případě žila matka již delší dobu ve vztahu s jinou ženou. Rodinu úplnou nebo doplněnou má 20 dívek. Úplnou pěstounskou rodinu jsme zjistili u 1 dívky. Z dívek, které jsou v péči prarodičů, jde o úplnou rodinu u 2 dívek. Celkem tvoří všechny modely rodin, úplné doplněné, pěstounské a rodiny prarodičů, která mají dívky v péči, téměř polovinu. Tento údaj jsme zjistili u 23 dívek – 48,9%. Téměř polovina dívek má tedy možnost vyrůstat v rodině, kterou tvoří dva partneři. Rodinu, kterou tvoří pouze jeden rodič, má uvedenu 20 dívek, nejčastěji jsou dívky v péči matky, v jednom případě je to adoptivní otec. O 3 dívky pečuje sama babička a 1 dívka nemá vlastní ani náhradní rodinu. Model rodiny tedy chybí u více než poloviny dívek. Tuto skutečnost jsme zjistili u 24 dívek – 51,1%.

Vzhledem k tomu, že jsme za neúplnou rodinu považovali takovou rodinu, kdy partneři nejsou oba biologičtí rodiče, považujeme hypotézu za potvrzenou. V případě, že bychom za neúplnou rodinu považovali pouze rodinu, kterou tvoří jen jeden rodič nebo prarodič nebo rodina zcela chybí, hypotézu bychom potvrdili také.

### **11.5.3 třetí hypotéza**

**Předpokládá se, že rodiče a příbuzní dívek umístěných v ústavu mají o své děti zájem a jsou s nimi v kontaktu.**

K ověření této hypotézy jsme použili dotazníkové šetření. Dotazník jsme předložili celkem 34 dívkám, 6 dívek dotazník nechtělo vyplnit a 3 dívky ho odevzdaly vyplněný pouze

částečně. Do výsledků průzkumu tedy zahrnujeme pouze 25 dívek, které odpověděly na všechny otázky.

Nejdříve nás zajímalo, jak dlouho jsou dívky odloučeny od svých rodičů pobyt v zařízení institucionální péče. Tyto údaje jsme zjišťovaly u všech dívek, které byly v zařízení evidovány (47). Nejpočetnější skupinou, byly dívky, které strávily v zařízení institucionální výchovy od 1 – 3 let, celkem tuto dobu strávilo v zařízení 33 dívek – 70,2%. V této skupině bylo nevíce dívek, které strávily 1 rok a méně. Na základě těchto údajů můžeme usuzovat, že délka pobytu dívky mimo rodinu by neměla mít vliv na vzájemnou interakci.

V dotazníku jsme zjišťovali telefonický kontakt dívek s rodiči Pravidelně alespoň jednou týdně je v telefonickém kontaktu s rodinou více než polovina dívek – 56%. Žádný telefonický kontakt s rodinou neudrží téměř čtvrtina dívek – 24,0 %. Alespoň občas je v telefonickém kontaktu s rodinou 19 dívek – 76,0%. Další otázkou jsme zkoumali, jak často rodiče dívky navštěvují během jejich pobytu v ústavu. Zvolili jsme období posledních 3 měsíců. Návštěvu někoho z rodiny mělo celkem 9 dívek – 36%. Rodiče a prarodiče navštívili 8 dívek, 1 dívku navštívil bratr. Dotazovali jsme se také, zda dívky jezdí domů na propustky a na četnost těchto odjezdů domů. Alespoň občas jezdí domů 13 dívek - 52%. Z tohoto počtu jezdí pravidelně alespoň jednou za měsíc 6 dívek. Na základě těchto údajů můžeme konstatovat, že se i třetí hypotéza potvrdila.

## 12. ZÁVĚR

Téma ústavní výchovy je v současné době velice diskutované. Není pochyb o tom, že děti v kolektivních zařízeních vyrůstající odděleně od svých rodin, postrádají věci, které jsou pro nás běžné. Chybí jim nápodoba rodinného života, rituálů a rolí, vztahů. Sledujeme zvyšující se tlak na snížení počtu dětí v kolektivních zařízeních. Urychlil se legislativní proces, který má děti vyvést z kolektivních zařízení zpět do rodin a náhradní rodinné péče. Na jaře letošního roku vyšla novela zákona sociálně-právní ochraně dětí, která má výrazným způsobem ztížit proces umisťování dětí do kolektivních zařízení. Ministerstvo školství na tyto snahy reagovalo v loňském roce snížením lůžkové kapacity sítě zařízení, které zřizuje. Došlo k uzavření některých ústavů. V dívčí síti ukončil svou činnost v červnu výchovný ústav v Nové Roli. Zároveň prosazuje výraznější specializaci zařízení institucionální výchovy, aby byla schopná nabídnout péči dětem podle jejich potřeb a postižení. V naší práci jsme se v úvodu věnovali popisu cesty jednoho takového zařízení ke specializaci. Výchovný ústav v Jindřichově Hradci nastoupil tuto cestu již před dvaceti lety. V současné době se profiluje jako zařízení, které ve dvou odděleních je schopno poskytovat péči dívkám od patnácti do osmnácti let, jež pro své postižení v různých oblastech, především v oblasti poruch chování vyžadují soustavnou intenzivní individuální péči.

Výzkumem, který jsme realizovali v tomto ústavu, jsme chtěli zjistit, jaká je vlastně klientela, která vyžaduje takto specifickou péči, s jakými problémy do ústavu dívky přicházejí a jaká je jejich rodina a vztahy s ní. Předpokládali jsme, že největší problémy se v takto úzce vyprofilovaném vzorku budou týkat problémů s agresivitou, patologickými jevy a užívání návykových látek. Zajímalo nás, jaké jsou rodiny dívek, zda o dívky mají zájem a udržují s nimi kontakt. Tyto úvahy nás vedly k vyslovení hypotéz, které jsme uvedli a vyhodnotili v kapitole věnované výzkumu. Některé výsledky byly zajímavé a překvapivé.

Dívky bychom mohli rozdělit podle převažujících problémů do několika základních skupin. První skupinu tvoří dívky výchovně zanedbané, které postrádají lásku a péči rodiny, jsou bez postižení a lze na ně vhodně působit. Potřebují podporu a povzbuzení a vhodnou motivaci. V minulosti byly často týrané a vystavené agresi rodiny i vrstevníků. Druhou skupinu tvoří dívky s výraznými poruchami chování projevujícími se agresivitu, bez citových vazeb. Již v dětství se dopouštěly krádeží a trestné činnosti. Identifikují se s kriminálním prostředím, často utíkají ze zařízení a jejich převýchova selhává. Třetí významnou skupinou

jsou děti s různým typem psychického postižení, které vyžadují velice náročný individuální přístup. Při porušení klidného a přátelského vedení se projevují agresivními raptý, demolují zařízení pokojů a kluboven, ohrožují sebe a své okolí, mají sklony k sebepoškozování. Jsou velice vnímavé na změny. Tyto děti jsou schopny při odborném vedení získat alespoň střední vzdělání v odborném učilišti. Jejich zpět navrácení do společnosti je problematické, většinou se jejich rodiny cítí těmito dívkami ohroženy a odmítají je přijmout.

Poslední významnou skupinou jsou dívky drogově závislé. Jejich počet je v poslední době stabilní. Pocházejí často z úplných, dobře ekonomicky situovaných rodin. Jedná se o dívky, které původně navštěvovaly střední školu. Rodiny se dlouhodobě snažily problémy s užíváním návykových látek řešit, dívky prodělaly před nařízením ústavní výchovy opakovaně detoxikační i ústavní léčbu. Dívky se často projevují agresivně, tato agresivita je spojená s touhou drogu získat (snaží se násilím opustit ústav) nebo s abstinenčními příznaky. Problémem je často vyloučení z původní školy, které má za následek rezignaci na přípravu na budoucí povolání. Motivace k odvykání je ztížená zkušenostmi z opakovaného selhání protidrogové léčby. Práce s nimi je náročná, neboť adaptační fáze na podmínky ústavní výchovy je u nich často několik měsíců. Problémem je jejich vysoký věk, většinou jsou starší šestnácti let a mají již vybudované pevné vazby k drogové scéně. Vůči režimu ústavu jsou negativně zaměřené a vůči terapeutickému působení rezistentní. Léčebnami jsou opakovaně vraceny zpět do ústavu pro porušování léčebného režimu.

První okruh otázek, který měl potvrdit hypotézu, že agresivita dívek je často spojená s užíváním návykových látek přinesl zjištění, že všechny dívky v minulosti měly problémy s užíváním alkoholu. Jen několik dívek neužívá THC. Postoje dívek k těmto látkám jsou jednoznačné, užívání alkoholu a THC nepovažují za problém. Pětina dívek se ze své závislosti v minulosti léčila, některé dívky opakovaně. Léčba dívek ve věku 15 – 18 let je u nás problematická, protože existuje málo zařízení, která by se této klientele u nás věnovala. Jediným školským zařízením pro léčbu drogově závislých je Cesta Řevnice. Nejužší spolupráci má ústav navázanou, a na jeho pomoc je odkázán, je detoxikační centrum v nemocnici pod Petřínem. Problémem je časté selhávání léčby závislostí, které si můžeme vysvětlit tím, že dívky nejsou dostatečně zralé, aby byly schopné léčbu úspěšně dokončit. Droga pro ně stále nepředstavuje problém, který by měly řešit. Při zkoumání agresivity nás překvapilo, že převažuje napadání osob před ničením majetku v poměru dvě ku jedné. Řada dívek byla v ústavu umístěna proto, byly své rodiče a prarodiče nebo přemístěna z ostatních ústavů pro napadení pracovníka. Spojení užívání drog a agresivity jsme prokázali.

Druhým okruhem šetření byla rodina dívek. Ptali jsme se, v jakém věku byly dívky poprvé umístěny do zařízení institucionální výchovy. Výsledek nás značně překvapil. Téměř dvěma třetinám dívek – 60% byla ústavní výchova nařízena ve věku 15 let a více. Nejčastěji přišly dívky do zařízení poprvé ve věku 16 let – 32% dívek. Toto zjištění odporuje mýtu, že děti zůstávají v ústavní péči zbytečně dlouho. Cílem šetření bylo zjistit složení rodiny, předpokládali jsme, že dívky pocházejí z neúplných rodin. Z úplných rodin je pouze 5 dívek. Pouze polovina dívek má v současné době rodinu, kterou tvoří dva partneři. Tyto dívky tedy mají možnost vidět model rodiny, na druhé straně právě tyto dívky často považují za příčinu svých problémů nehody s partnery svých rodičů. A právě tyto mají rodiny nejčastěji narušené vztahy s dívkami. Pokusili jsme se sestavit škálu důvodů, pro které rodina dívku odmítá. Odmítání se týká všech typů rodiny.

- Prostý nezájem
- Obava z negativního ovlivňování sourozenců
- Zklamání (nejčastěji autoritářský otec) = zatracení
- Strach z dívky – zkušenosti s agresivitou zejména vůči matce
- Bezradnost – vyčerpání (selhaly snahy o pomoc)
- Rodiče mají nové rodiny, dívka překáží

Druhá hypotéza se potvrdila, neboť jsme za úplnou rodinu považovali pouze rodinu, ve které žijí oba biologičtí rodiče. Pokud bychom za úplnou rodinu považovali všechny rodiny, které tvoří dva partneři, hypotéza by se rovněž potvrdila, neboť takovou rodinu jsme zjistili u 23 dívek – 48%.

Popsali patologické chování dívek, poruchy chování závislosti, zkoumali jsme věk umístění do institucionální výchovy, dálku obytu v ústavu. Popsali jsme složení jejich rodin. V posledním výzkumu jsme dali možnost dívkám, které byly v době šetření v ústavu, aby v dotazníku samy uvedly, jak často jsou s rodiči v kontaktu, jak četnost kontaktu hodnotí, a co by se mělo změnit. Šetřením jsme prokázali platnost třetí hypotézy: „Předpokládá se, že rodiče a příbuzní dívek umístěných v ústavu mají o své děti zájem a jsou s nimi v kontaktu.“ Rodiče mají o své děti zájem, možnosti kontaktu jsou mnohdy ztíženy značnou vzdáleností ústavu od rodiny a vliv hrají ekonomické problémy rodin. Ptali jsme se také na to, zda ústav kontakty podporuje. Zjistili jsme, že dívkám pomáhají jejich vychovatelé a odborní pracovníci zvládat problémy, které kontakty na dálku přinášejí. Práce ústavu se zaměřuje na

podporu vztahu s rodinou, tyto kontakty jsou však převážně neosobní – telefonické. Návštěvy za dívkou jsou výjimečné a problematický je i počet propustek dívek k rodině. Svou roli sehrává nevhodné rozmístění ústavu pro dívky u nás. Jeden ústav je na severu Čech – Kostomlaty pod Milešovkou nedaleko Teplic, tři ústavy jsou na jihu: Černovice u Tábora, Počátky a Jindřichův Hradec jak dívky a na Moravě jsou ústavy pouze na jihu: Velké Meziříčí a Moravský Krumlov. Většina dívek, umístěných v Jindřichově Hradci pochází z míst, která jsou ústavu značně vzdálena, dojíždění je tak ekonomicky i časově náročné a pro mnoho rodin neřešitelné. Novela zákona o „ústavní výchově“ sebou přináší zařízením institucionální výchovy nově legální možnost věnovat prostředky i pracovní úvazky pro práci s rodinou. Řešením jsou případové konference a práce s rodinou v místě bydliště. Je třeba si uvědomit, že cílem ústavní péče by měla být náprava stavu, který právě v rodině vznikl a navrácení dětí do rodiny. Tohoto cíle nelze dosáhnout pouze prací s dětmi, ale je třeba pomoci i rodinám dětí zvládnout problémy, pro které bylo jejich dítě mimo rodinu umístěné. Pobyt v ústavu by neměl být sám o sobě prostředkem k resocializaci a reedukaci, ale přípravou na zpět navrácení dětí do původních rodin. A na tuto situaci musí být rodiny připraveny a ošetřeny. Výchovné ústavy dnes mají dostatek odborníků, kteří se mohou problematice práce s rodinou věnovat.



## SEZNAM ZDROJŮ

### literatura

1. Bechyňová, V. – Konvičková, M. Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 151 s. ISBN 978-807-3673-925.
2. Culbertson a Schellenbach. In: Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
3. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Editor Blahoslav Kraus, Věra Poláčková. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-731-5004-2.
4. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Editor Blahoslav Kraus, B. - Poláčková, V. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-731-5004-2.
5. Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
6. Dunovský, J. a kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
7. Ferjenčík, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
8. Fischer, S. - Škoda, J. Speciální pedagogika. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
9. Fischer, S. – Škoda, J.. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009, 218 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-813.
10. Gavor, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Překlad Jůva, V. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
11. Jedlička, R. – Koř'a, J. Aktuální problémy výchovy: analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, 169 s. ISBN 80-718-4555-8.
12. Jedlička, R. Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. Vyd. 1. Praha: Themis, 2004, 478 s. ISBN 80-731-2038-0.
13. Kalina, K. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001, 247 s. ISBN 80-717-8563-6.

14. Klíma, P. - Klíma, J. Základy etopedie: Uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče. 2. vyd. Praha: SPN, 1984. 124 s.
15. Koudelková, Anna. Psychologické otázky delikvence. Praha: Victoria Pub., 1995, 114 s. ISBN 80-718-7022-6.
16. Kozlová, L. Metody výzkumu v sociální práci. Studijní opora předmětu. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 29 s.
17. Kremlíčková, M., Novotná, M. Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 1997, 115 s. ISBN 80-859-3760-3.
18. Kroftová, A. - Matoušek, O. Mládež a delikvence. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Portál, 2003, 340 s. ISBN 80-717-8771-X.
19. Kuja, J. Základy etopedické terminologie. Olomouc: Univerzita Palackého, 1989, 36 s.
20. Langmeier, J. – Krejčířová, D. Vývojová psychologie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
21. Lazarová, B. – Lányová, B. – Starka, J. – Zapletalová, J. – Cpinová, S. Strategie výchovy v zařízeních institucionální výchovy. Vyd. 1. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2008, 160 s. ISBN 978-80-86856-57-5.
22. Marádová, E. - Marhounová, J. – Řehulka, E. - Střelec, S. Kapitoly z rodinné výchovy: pro střední školy. Praha: Fortuna, 1992, 157 s. ISBN 80-852-9884-8.
23. Martínek, Z. Agresivita a kriminalita školní mládeže: druhy agresí, přístupy k agresivnímu chování, poruchy chování, šikana. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 152 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4723-105.
24. Matějček, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: SPN, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.
25. Matějček, Z. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha: Portál, 1994, 98 s. Rádci pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-852-8283-6.
26. Matoušek, O. Práce s rizikovou mládeží: projekt LATA a další alternativy věznění mládeže. 1. vyd. Praha: Portál, 1996, 87 s. ISBN 80-717-8064-2.
27. Matoušek, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 1993, 124 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-901-4247-8.
28. Matoušek, O. Ústavní péče. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 1995, 138 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 8. ISBN 80-858-5008-7.
29. Navrátil, P. Romové v české společnosti. Praha: Portál, 2003, 223 s. ISBN 80-717-8741-8.

30. Nešpor, K. – Csémy, L. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 1992, 144 s.
31. Nešpor, K. Návykové látky-romantické období končí. Praha: Sportpropag, 48 s. 1995. ISBN neuvedeno.
32. Pešek, R, - Vondrášková, A. – Veselý, O. Drogová závislost, aneb, Rychlý běh po krátké trati: poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče. Písek: Arkáda - sociálně psychologické centrum, 2007, 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6.
33. Presl, J. Drogová závislost: může být ohroženo i Vaše dítě? Praha: Maxdorf, 1994, 83 s. Medica, sv. 9. ISBN 80-858-0018-7.
34. Průcha, J. - Walterová, E. - Mareš. Pedagogický slovník. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003, 322 s. ISBN 80-717-8772-8.
35. Říčan, P. Psychologie osobnosti: [obor v pohybu]. Vyd. 5., rozš., V Grada Publishing 1. Praha: Grada, 2007, 196 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4711-744
36. Slomek, Z. Etopedie. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6.
37. Slowík, J. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
38. Sovák, M. Defektologický slovník. 3. uprav. vydání, Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili: Tomáš Edelsberger ... [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.
39. Train, Alan. Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Překlad Tomková, H. Praha: Portál, 2001, 198 s. ISBN 80-717-8503-2.
40. Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
41. Vágnerová, M. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
42. Vocilka, M. - Pohunková, J. Speciálně-pedagogická terminologie etopedická. Praha: SPN, 1985. 84 s.
43. Vocilka, M. Vybrané statě z etopedie. Most: Regionální středisko výchovy a vzdělávání, 1994. 91 s.
44. Vojtová, V. Kapitoly ze základů etopedie. In: Pipeková, J. (ed). Kapitoly ze základů speciální pedagogiky. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0

45. Zábranský, T. Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 95 s.  
ISBN 80-244-0709-4.

#### **legislativní dokumenty**

46. ČESKO. Vyhláška č. 438 ze dne 13. září 2006, kterou se stanoví podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 142, s. 6073 - 6079. ISSN 1211-1244.
47. ČESKO. Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: Sběrka zákonů České republiky. 2002, částka 48, s. 2982 - 2983. ISSN 1211-1244.
48. ČESKO. Zákon č. 333 ze dne 19. září 2012, kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. In: Sběrka zákonů České republiky. 2012, částka 123, s. 4202. ISSN 1211-1244.

#### **internetové zdroje**

49. Buřil, T. Adiktologie [online]. [cit. 2013-04 -10]. Dostupné z WWW:  
<http://hygold.lf1.cuni.cz/mat/ADIKTOLOGIE.ppt>.
50. Doporučení Rec(2005)5 Výboru ministrů členským státům ohledně práv dětí žijících v institucionálních zařízeních [online]. 2005 [cit. 2013-03-28]. Dostupné z WWW:  
[http://dum.rvp.cz/index.htmlhttp://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec\(2005\)5%20Czech.pdf](http://dum.rvp.cz/index.htmlhttp://www.coe.int/t/dg3/children/childrenincare/Rec(2005)5%20Czech.pdf).
51. Historická penologie – časopis pro historickou penologii 1/2008 [online]. [cit. 2013-01-28]. Dostupné z WWW:  
[http://www.vscr.cz/client\\_data/1/user\\_files/19/file/PDF/Historicka%20penologie/2008/hp\\_08\\_01.pdf](http://www.vscr.cz/client_data/1/user_files/19/file/PDF/Historicka%20penologie/2008/hp_08_01.pdf).
52. Historie ústavu v Černovicích [online]. [cit. 2012-09-26]. Dostupné z WWW:  
<http://www.vucernovice.cz/historie.html>.
53. Plocová, M. Dogy a drogová závislost [online]. [cit. 2013-04 -11]. Dostupné z WWW:  
<http://www.monikaplocova.cz/drogy-a-drogova-zavislost>.

54. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10–F19) [online]. [cit. 2013-04-10]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>.
55. Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90–F98) [online]. [cit. 2013-04-15]. Dostupné z WWW: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F90-F98.html>
56. Používaná terminologie [online]. [cit. 2013-03-30]. Dostupné z WWW: <http://www.rect.muni.cz/drogy/POKUS/casti/slovník.htm>.
57. Romové v české republice [online]. 2000 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z WWW <http://romove.radio.cz/cz>.
58. Slomek, Z. Speciální pedagogika etopedie – studijní text [online]. [cit. 2013-01-14]. Dostupné z WWW: [www.zsf.jcu.cz/studium/.../specialni\\_pedagogika\\_etopedie-opora.pdf](http://www.zsf.jcu.cz/studium/.../specialni_pedagogika_etopedie-opora.pdf).
59. Základní dělení drog [online]. [cit. 2013-03-31]. Dostupné z WWW: <http://www.biotox.cz/enpsyro/pj3oroz.html>.
60. Zákon o rodině v konsolidovaném znění. [online]. [cit. 2013-03-31]. Dostupné z WWW: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>.
61. Olecká, I. – Ivanová, K. Případová studie jako výzkumná metoda ve vědách o člověku. [online]. [cit. 2013-03-26]. Dostupné z WWW: <http://emi.mvso.cz/EMI/2010-02/10%20Olecka/Olecka.pdf>.

#### **nepublikované zdroje**

62. Kronika. Jindřichův Hradec: Výchovní ústav Jindřichův Hradec, 2013. s. 3.
63. Roční zpráva za rok 1993. Jindřichův Hradec: Výchovní ústav Jindřichův Hradec, 1993. 16 s.
64. Výroční zpráva za školní rok 1999/2000. Jindřichův Hradec: Ústav s výchovně léčebným režimem pro mládež, Odborné učiliště a Praktická škola Jindřichův Hradec, 2000. 29 s.
65. Koncepce oddělení s výchovně léčebným režimem. Jindřichův Hradec: Výchovní ústav, střední škola a školní jídelna Jindřichův Hradec, 2007. 7 s.
66. Koncepce rozvoje zařízení. Jindřichův Hradec: Výchovní ústav, střední škola a školní jídelna Jindřichův Hradec, 2013. 4 s.
67. Kreditní systém – vnitřní předpis organizace Jindřichův Hradec: Výchovní ústav, střední škola a školní jídelna Jindřichův Hradec, 2012. 10 s.

68. Kroupa, L. Historie výchovného ústavu v Jindřichově Hradci: Závěrečná práce. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2011. 60 s.
69. Vítkovská, L. Problematika ústavní péče o dívky se zvýšenými poruchami chování: Bakalářská práce. Praha: Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta, 2009. 69 s.

## SEZNAM PŘÍLOH

- I. Dotazník drogy
- II. Vzor vyplněného dotazníku drogy
- III. Dotazník rodina
- IV. Vzor vyplněného dotazníku rodina
- V. Grafy
- VI. Tabulky