

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra pedagogiky

Diplomová práce

Bc. Lucie Javůrková

Důvody umístění dívek do diagnostického ústavu pro mládež

The reasons of placing girls in a diagnostic institute for youth

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci „Důvody umístění dívek do diagnostického ústavu pro mládež“ vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne:

.....

Bc. Lucie Javůrková

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své poděkování vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Veronice Klapálkové, Ph.D., za její cenné rady, odborné poznatky a podporu, které mi poskytovala během celého procesu psaní. Její vedení a odborný dohled pro mě byly neocenitelnou oporou. Zvláštní poděkování patří také všem respondentkám, které se ochotně zapojily do mého výzkumu. Díky jejich ochotě sdílet své zkušenosti jsem získala klíčové informace nezbytné pro dokončení výzkumné části této práce. Při zpracování textu a analýze dat jsem využila nástroj umělé inteligence ChatGPT, který mi pomohl při tvorbě návrhů textů a poskytl podporu při interpretaci a analýze získaných dat.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřuje na komplexní roli diagnostických ústavů a zkoumá různé příčiny, které vedou k umístění dospívajících dívek do těchto zařízení. Práce analyzuje vliv ústavní péče na tyto dívky, sleduje jejich vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu a zkoumá jejich životní situaci po dosažení zletilosti. Teoretická část objasňuje klíčové pojmy spojené s diagnostickými ústavami a ústavní výchovou, přičemž zahrnuje analýzu rodinného zázemí, sociálního prostředí a rizikového chování. Praktická část diplomové práce je postavena na případových studiích vybraných dívek, které prošly diagnostickým ústavem. Tyto případové studie jsou doplněny polostrukturovanými rozhovory, vedenými s dívkami krátce po jejich odchodu z ústavu, kdy již dosáhly plnoletosti. Cílem této části je získat hlubší porozumění jejich osobním zkušenostem a vnímání během pobytu v diagnostickém ústavu. Hlavním cílem práce je identifikovat a popsat klíčové faktory, které vedly k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu. Tyto faktory zahrnují rodinné zázemí, psychosociální problémy a rizikové chování. Práce se zabývá tím, jak tyto aspekty ovlivňují rozhodnutí o umístění do ústavní péče a jaký dopad mají na jejich budoucí život. Diplomová práce tak poskytuje teoretický rámec pro pochopení problematiky ústavní péče a rizikového chování a zároveň nabízí praktické poznatky získané z případových studií a rozhovorů. Tímto přístupem přispívá k lepšímu porozumění toho, jak prostředí diagnostického ústavu ovlivňuje dospívající dívky a jaké jsou dlouhodobé důsledky jejich pobytu v těchto zařízeních.

KLÍČOVÁ SLOVA

Adolescence, diagnostický ústav, dospívání u dívek, mentální zdraví, psychosociální problémy, rizikové chování, rodinné zázemí, sociální interakce, trauma, ústavní výchova, zneužívání

ABSTRACT

The thesis deals with the complex role of the diagnostic institute and examines the various reasons that lead to the placement of adolescent girls in this type of institution. The thesis analyses how institutional care affects these girls, traces their development during their stay in a diagnostic institute and examines their life situation after reaching adulthood. The theoretical part of the thesis explains key concepts related to diagnostic institutions and institutional care, including an analysis of family background, social environment and risk behaviour. The practical part of the thesis focuses on case studies of selected girls who have been through a diagnostic institute in Prague. These case studies are complemented by semi-structured interviews conducted with these girls shortly after they left the institute, when they had reached the age of majority. The aim of this section is to gain deeper insight into the personal experiences and perceptions of the girls regarding their stay in the diagnostic institute. The main aim of this thesis is to identify and describe the key factors that led to the placement of adolescent girls in a diagnostic institution these factors include family background, psychosocial problems and risky behaviours. The thesis seeks to understand how these aspects influence the decision to place girls in residential care and what impact they have on the girls' later lives. The thesis thus provides not only a theoretical framework for understanding the issues of institutional care and risky behaviour, but also practical insights already gained from case studies and interviews. In this way, it contributes to a better understanding of how adolescent girls can be affected by the environment of a diagnostic institution and the long-term consequences of their stay in these institutions.

KEY WORDS

Adolescence, diagnostic institute, adolescence in girls, mental health, psychosocial problems, risk behaviour, family background, social interaction, trauma, institutional education, abuse

Obsah

Úvod.....	9
1 Diagnostický ústav a ústavní výchova	10
1.1 Legislativní rámec a fungování diagnostických ústavů v ČR.....	11
1.2 Historie a vývoj diagnostických ústavů	13
1.3 Ústavní a ochranná výchova v ČR.....	14
2 Rodina jako základní prostředí pro vývoj dítěte.....	15
2.1 Výchovné přístupy v rodině.....	16
2.1.1 Autoritativní styl.....	16
2.1.2 Autoritářský styl	16
2.1.3 Liberální styl	16
2.1.4 Nevšímavý styl	16
2.2 Rodina a její vliv na psychický a sociální vývoj dítěte.....	17
2.3 Dysfunkční rodinné prostředí	18
2.3.1 Konfliktní vztahy	19
2.3.2 Zanedbávání dítěte	19
2.3.3 Nedostatek stabilních hranic	19
2.3.4 Emocionální chlad	19
2.3.5 Socioekonomické problémy	20
2.3.6 Závislosti.....	20
2.3.7 Psychické poruchy rodičů.....	20
2.3.8 Rodinné násilí	20
2.4 Dopady dysfunkčního prostředí na dítě	20
2.4.1 Možnosti intervence a prevence	21
3 Rizikové chování.....	22
3.1 Typy rizikového chování u dospívajících dívek	23
3.1.1 Užívání návykových látek	23

3.1.2	Sebepoškozování	23
3.1.3	Rizikové sexuální chování	24
3.1.4	Poruchy příjmu potravy	24
3.1.5	Agresivní chování	24
3.1.6	Další formy rizikového chování	24
3.2	Psychologické a sociální faktory přispívající k rizikovému chování.....	25
3.2.1	Vliv rizikového partnera	26
3.2.2	Role diagnostického ústavu	27
3.3	Trauma a jeho dlouhodobé důsledky	28
4	Shrnutí teoretické části	30
	Empirická část.....	31
5	Průzkum důvodů umístění dívek do diagnostického ústavu	31
5.1	Cíl práce	31
5.2	Výzkumné otázky	32
5.3	Výzkumný soubor a kritéria výběru	32
5.3.1	Charakteristika participantek	34
5.4	Etika výzkumu	36
5.5	Metody výzkumu a zpracování dat	37
5.5.1	Postup výzkumu a analýza dat.....	38
5.6	Případové studie dívek.....	39
5.6.1	Klientka V.....	39
5.6.2	Klientka M.	41
5.6.3	Klientka K.....	42
5.6.4	Klientka A.....	43
5.6.5	Klientka N.....	44
5.7	Analýza případových studií	46
5.7.1	Společné rysy mezi klientkami	46

5.7.2	Klíčové rozdíly mezi klientkami.....	46
5.7.3	Analýza ústavní péče a její efektivity	47
5.8	Kódování rozhovorů s dívkami po dovršení zletilosti	47
5.9	Syntéza a zjištění interpretace výsledků	55
5.10	Shrnutí výzkumu.....	56
5.11	Návrhy preventivních a intervenčních opatření.....	59
6	Diskuse a doporučení pro praxi	60
	Závěr	65
	Seznam použitých zdrojů.....	67
	Seznam tabulek, grafů a obrázků	73
	Příloha 1 Informovaný souhlas s participací zletilé účastnice ve výzkumu	74

Úvod

Dospívání je obdobím, kdy se mladý člověk snaží najít sám sebe, porozumět svým emocím a najít své místo ve světě. Pro mnoho dospívajících dívek je však tato cesta plná překážek, které často nezvládnou překonat samy. Rizikové chování, jako je užívání návykových látek, sebepoškozování nebo útoky z domova, nejsou jen výkřiky o pomoc – jsou odrazem jejich vnitřních bojů a bolesti, kterou nedokážou jinak vyjádřit. Každá z těchto dívek má svůj příběh, své naděje a své sny, které se však někdy ztratí v chaosu jejich životní situace. Diagnostické ústavy pak pro ně často představují poslední šanci na změnu – prostor, kde mohou zastavit pád, najít podporu a možná poprvé pocítit, že na své cestě nejsou samy (Vágnerová, 2011).

Diagnostické ústavy představují důležité místo pomoci a naděje pro dospívající, kteří se ocitli na rozcestí života. Každý příběh, se kterým se v ústavu setkáme, je jedinečný, stejně jako mladí lidé, kteří k nám přicházejí. Někdy jde o dívky, které byly zraněny svými nejbližšími, jindy se na jejich cestě odrazily šrámy z nefunkčních vztahů nebo nepříznivého rodinného zázemí. Mnohé z nich nesou hluboké vnitřní bolesti, které se navenek projevují rizikovým chováním. Naším úkolem je těmto mladým lidem podat pomocnou ruku, ukázat jim, že každá situace má řešení, a především jim pomoci znovu najít důvěru ve svět i v sebe samotné.

Každý den v diagnostickém ústavu je jiný. Některé dny jsou plné smíchu, když se dětem podaří zvládnout výzvu, kterou by dříve považovaly za nepřekonatelnou. Jindy jsou to dny těžké – plné slz, bolesti a vzpomínek na minulost, která je stále pronásleduje. Úlohou diagnostického ústavu je nabízet dětem porozumění, podporu a bezpečný prostor pro jejich rozvoj, ale také poskytovat řád a pravidla, která jim pomáhají získat stabilitu a pocit jistoty. Diagnostický ústav není jen institucí – je to prostor, kde mohou děti nejen zastavit pád, ale také začít budovat pevnější základy pro svou budoucnost (Matoušek, 2003).

Tato práce se zaměřuje na důvody, které vedou k umístění dívek do diagnostických ústavů, a na to, jaký vliv může mít toto prostředí na jejich další život. Je důležité pochopit, že každá dívka, která k nám přichází, přináší jedinečný příběh – někdy plný zranění, jindy vzdoru, ale vždy s nadějí, že najde cestu zpět k sobě samé. Touto diplomovou prací chci nejen analyzovat, co tyto mladé dívky přivádí do ústavní péče, ale také zdůraznit, jak velkou sílu mají intervence, které jim pomáhají obnovit jejich důvěru v okolní svět.

Teoretická část

Teoretická část práce se zaměřuje na klíčové oblasti související s umístěním dospívajících dívek do diagnostických ústavů. První část analyzuje legislativní ukotvení, historický vývoj a funkce diagnostických ústavů, včetně diagnostické, vzdělávací a terapeutické role těchto zařízení.

Další část se věnuje vlivu rodinného prostředí na vývoj dítěte, přičemž zvláštní pozornost je věnována dopadům dysfunkční rodiny na psychický a sociální rozvoj a rozvoji rizikového chování. Poslední kapitola se zaměřuje na definici a formy rizikového chování u dospívajících dívek, včetně jeho příčin a důsledků. Tento přehled vytváří kontext pro výzkumnou část práce, která aplikuje teoretické poznatky na konkrétní případové studie.

1 Diagnostický ústav a ústavní výchova

Diagnostické ústavy představují klíčovou součást systému ústavní výchovy, jehož cílem je zajištění péče a podpory dětem a mladistvým, kteří se ocitli v krizové situaci. Tato specializovaná zařízení jsou určena především pro děti s problémovým nebo rizikovým chováním, často pocházející z obtížného rodinného prostředí nebo žijící v nepříznivých sociálních podmínkách. Diagnostické ústavy slouží jako místo, kde jsou tyto děti odborně posuzovány a kde se navrhuje další péče přizpůsobená jejich individuálním potřebám (Matoušek, 2010).

Hlavním úkolem diagnostických ústavů je provést komplexní hodnocení psychického, sociálního a edukačního stavu dítěte. Tento proces zahrnuje nejen analýzu problémového chování, ale také zhodnocení rodinného prostředí, sociálních vztahů a vzdělávacích potřeb. Diagnostické ústavy poskytují rovněž terapeutickou a výchovnou podporu a vytvářejí bezpečné prostředí, které dětem umožňuje se stabilizovat a získat potřebné zázemí pro další rozvoj. Běžná délka pobytu v těchto zařízeních se pohybuje mezi 6 až 8 týdny, během nichž odborníci připravují individuální plán péče, který může zahrnovat návrat do rodiny, přemístění do dětského domova, výchovného ústavu nebo jiného specializovaného zařízení (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Jedním z hlavních cílů diagnostických ústavů je poskytnout dětem nejen odbornou diagnostiku, ale také podporu pro překonání obtíží, se kterými se potýkají. Tato zařízení nabízejí druhou šanci – bezpečný prostor, kde děti mohou pracovat na řešení svých problémů, rozvíjet své schopnosti a připravit se na úspěšnější integraci do společnosti. Diagnostické

ústavy tak plní nejen diagnostickou funkci, ale také preventivní, výchovnou a rehabilitační roli, která má dlouhodobý vliv na život mladistvých (Matoušek, 2010).

Ústavní výchova má v České republice dlouhou tradici a zahrnuje nejen diagnostické ústavy, ale také dětské domovy, výchovné ústavy a další zařízení. Diagnostické ústavy často fungují jako vstupní brána do tohoto systému, protože právě zde se určuje další směřování dětí a mladistvých. Každý klient je posuzován individuálně, s důrazem na jeho osobní příběh a specifické potřeby. Tento přístup umožňuje efektivnější plánování péče, která přispívá k lepší stabilizaci a podpoře dětí ohrožených sociálním vyloučením (Jánský, 2014).

1.1 Legislativní rámec a fungování diagnostických ústavů v ČR

Diagnostické ústavy v České republice fungují v souladu se zákonem č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Tento právní předpis vymezuje základní funkce a organizaci diagnostických ústavů, stanovuje pravidla pro přijímání dětí a mládeže do těchto zařízení a specifikuje jejich práva a povinnosti během pobytu. Zákon klade důraz na to, aby péče poskytovaná v diagnostických ústavech odpovídala individuálním potřebám každého klienta, a to jak z hlediska diagnostického, tak výchovného a terapeutického přístupu (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Diagnostický ústav plní několik základních funkcí, z nichž nejvýznamnější je diagnostická funkce. Diagnostický ústav provádí podrobnou pedagogickou a psychologickou diagnostiku, aby identifikoval potřeby a problémové oblasti dítěte nebo mladistvého. Tato diagnostika zahrnuje nejen hodnocení akademických schopností a vzdělávacích potřeb, ale také komplexní posouzení psychického zdraví, emocionální stability a sociálních vztahů. Na základě těchto zjištění je vypracována diagnostická zpráva, která slouží jako podklad pro další rozhodování o umístění dítěte do následné péče nebo pro jeho návrat do rodiny (Křístek, 2017).

Další klíčovou funkcí diagnostického ústavu je vzdělávání. Diagnostické ústavy zajišťují, aby děti během svého pobytu měly přístup k vzdělávacím programům, které jsou přizpůsobeny jejich individuálním potřebám a schopnostem. Zákon stanovuje, že v diagnostických ústavech musí být zřízeny školní třídy, které umožňují dětem dokončit povinnou školní docházku nebo pokračovat v odborném vzdělávání. Pro děti, které již ukončily povinnou školní docházku, existují tzv. diagnostické třídy zaměřené na profesní orientaci a přípravu na budoucí povolání. Tím je zajištěno, že děti nejsou během pobytu v ústavu vyloučeny ze vzdělávacího systému a mohou nadále rozvíjet své znalosti a dovednosti (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Terapeutická role diagnostických ústavů je jedním ze stěžejních pilířů jejich činnosti, zahrnujícím systematické poskytování psychologické a sociální podpory dětem a mladistvým. Hlavním cílem terapeutických služeb je pomoci klientům efektivněji zvládat širokou škálu emocionálních a sociálních obtíží, které často souvisejí s jejich životními zkušenostmi a prostředím, z něhož pocházejí. Terapeutické intervence jsou zaměřeny na zlepšení sebepoznání, podporu pozitivních změn v chování a posílení schopnosti navazovat a udržovat zdravé mezilidské vztahy. Tento proces zahrnuje nejen individuální a skupinovou terapii, ale také práci s rodinami, která je nedílnou součástí podpory komplexního rozvoje dítěte. Celkově se ústavní péče snaží vytvořit bezpečné prostředí, které umožňuje klientům zpracovávat traumatické zkušenosti a budovat dovednosti nezbytné pro jejich úspěšnou integraci do společnosti (Jánský, 2014; Křístek, 2017).

Zákon č. 109/2002 Sb. také zdůrazňuje důležitost spolupráce diagnostických ústavů s dalšími institucemi, zejména s orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) a dalšími organizacemi poskytujícími ústavní a ochrannou výchovu. Diagnostické ústavy poskytují orgánům OSPOD a soudům komplexní diagnostické zprávy, které slouží jako podklad pro rozhodnutí o dalším umístění dítěte. V minulosti měly diagnostické ústavy pravomoc rozhodovat o tom, zda dítě po ukončení diagnostického pobytu zůstane v ústavní péči, nebo zda bude vráceno do rodinného prostředí. Po novelizaci zákona z roku 2014 však tuto pravomoc mají pouze u dětí, kterým byla nařízena ochranná výchova; v ostatních případech o dalším umístění rozhoduje soud (Matoušek, 2010).

Délka pobytu dítěte v diagnostickém ústavu je zpravidla nastavena na osm týdnů, ale může se lišit v závislosti na individuálních potřebách dítěte a soudních rozhodnutích. Během tohoto období se ústav snaží poskytnout dítěti všechny potřebné diagnostické a terapeutické služby. Diagnostické ústavy přijímají děti obvykle od šesti let věku, a horní věková hranice pro pobyt je 18 let, případně až 19 let, pokud je to odůvodněno specifickými potřebami klienta (Zákon č. 109/2002 Sb.; Křístek, 2017).

Tento legislativní rámec umožňuje diagnostickým ústavům plnit široké spektrum úkolů a poskytovat dětem a mladistvým potřebnou podporu. Nicméně v posledních letech roste diskuse o efektivitě a dlouhodobém dopadu této formy péče. Kritici upozorňují na nedostatek alternativních forem pomoci mimo ústavní prostředí a na nutnost reformy, která by lépe zohledňovala potřeby jednotlivců a podporovala jejich rozvoj v přirozeném sociálním prostředí (Matoušek, 2010; Jánský, 2014).

1.2 Historie a vývoj diagnostických ústavů

Historie diagnostických ústavů v České republice sahá až do poloviny 19. století, kdy začala vznikat první specializovaná zařízení zaměřená na děti s výchovnými problémy a poruchami chování. První významné kroky ve vývoji těchto ústavů nastaly po druhé světové válce. V roce 1950 byly založeny první záchytné dětské domovy, které byly určeny pro děti s vážnými výchovnými problémy. Tyto domovy představovaly rané formy institucionální péče, jejichž cílem bylo poskytovat útočiště dětem s komplikovanými sociálními a rodinnými vztahy (Křišicová, 2016).

V 60. letech minulého století se tyto instituce začaly vyvíjet a specializovat. Mezi lety 1962 a 1971 byly záchytné dětské domovy postupně přejmenovány na tzv. třídící dětské domovy, jejichž hlavním úkolem bylo rozdělování dětí do různých typů péče v závislosti na jejich specifických potřebách. Tento systém byl zaměřen na poskytnutí strukturovanější péče, která reflektovala individuální potřeby dětí a mladistvých. Od školního roku 1971/1972 pak začal být používán název „dětský diagnostický ústav“, který se postupně vyvinul do současného modelu diagnostických ústavů, jak je známe dnes (Křišicová, 2016).

Vývoj diagnostických ústavů byl úzce spjat s potřebou komplexní péče o děti a mladistvé s poruchami chování a rodinnými problémy. Tyto instituce byly zpočátku zřizovány státními orgány, různými spolky a nadacemi. V důsledku chybějící legislativy však existovaly značné rozdíly mezi jednotlivými zařízeními. Lišila se jak v cílových skupinách a výchovných přístupech, tak i v organizačních aspektech, jako byly velikosti skupin, délka pobytu a zaměření jednotlivých programů. Právě tato různorodost nakonec vedla k potřebě zavést jasněji definované standardy péče a legislativní rámec (Matoušek, 2010).

Zásadní legislativní ukotvení pro činnost diagnostických ústavů přišlo až s přijetím zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních. Tento zákon definoval klíčové funkce diagnostických ústavů, včetně diagnostické, terapeutické a vzdělávací složky. Také stanovil podmínky pro přijetí dětí a mladistvých do těchto zařízení, jejich práva a povinnosti během pobytu, a standardy pro diagnostickou a terapeutickou péči. Díky tomuto zákonu se diagnostické ústavy staly nedílnou součástí systému péče o ohrožené děti a mladistvé v České republice (Zákon č. 109/2002 Sb.).

Systém diagnostických ústavů poskytuje komplexní posouzení a podporu dětem s rizikovým chováním. Díky multidisciplinární spolupráci odborníků se zaměřuje na pedagogické, psychologické a sociální potřeby klientů. Výsledkem je diagnostická zpráva s

doporučeními pro vzdělávání, terapii nebo péči, která usnadňuje integraci do společnosti nebo návrat do rodiny (Křístek, 2017).

1.3 Ústavní a ochranná výchova v ČR

Ústavní výchova představuje významný nástroj státu pro zajištění péče a ochrany dětí a mladistvých, jejichž rodinné prostředí selhává v plnění základních výchovných a ochranných funkcí. Tato forma péče, která je považována za poslední instanci intervence, je nařizována soudem v případech, kdy je vývoj dítěte vážně ohrožen či narušen. Soud může nařídit ústavní výchovu, pokud předchozí preventivní či podporující opatření nevedla k nápravě situace (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 971).

V rámci ústavní výchovy je dítě vyňato z péče rodičů nebo zákonných zástupců a umístěno do institucionální péče, kde má zajištěny nezbytné výchovné, vzdělávací a terapeutické služby. Před rozhodnutím o nařízení ústavní výchovy soud zvažuje všechny relevantní okolnosti každého případu, a pokud je to možné, preferuje alternativní opatření, jako je svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 971). Ústavní výchova může být nařízena na dobu nejdéle tří let, avšak v závislosti na individuálních potřebách dítěte a na rozhodnutí soudu může být opakovaně prodloužena až do 18 let věku, ve výjimečných případech až do 19 let (Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 972).

Ústavní výchova zahrnuje několik typů zařízení, která jsou přizpůsobena specifickým potřebám dětí a mladistvých. Patří sem diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy. Diagnostické ústavy poskytují zejména komplexní diagnostiku a krátkodobou péči, zatímco dětské domovy a dětské domovy se školou nabízejí dlouhodobější péči a vzdělávací programy pro děti, které se nemohou vrátit do původního rodinného prostředí. Výchovné ústavy pak slouží pro děti a mladistvé s vážnějšími výchovnými problémy a zaměřují se na poskytování intenzivní terapeutické a speciální pedagogické péče (Matoušek, 2011).

Ochranná výchova je specifický druh péče zaměřený na mladistvé, jejichž chování ohrožuje společnost. Tento typ institucionální péče je zaměřen na ochranu společnosti před společensky rizikovým chováním a umožňuje intenzivní výchovné a terapeutické intervence. Ochranná výchova může být rovněž prodloužena až do 19 let věku, pokud to vyžadují specifické potřeby daného mladistvého (Jánský, 2014).

Český systém ústavní a ochranné výchovy čelí kritice kvůli vysokému počtu dětí v institucionální péči a nedostatečné dostupnosti alternativ, jako je pěstounská péče, což způsobuje problémy při jejich návratu do společnosti kvůli omezené státní podpoře integrace po odchodu z ústavní péče (Koukolová, 2020).

2 Rodina jako základní prostředí pro vývoj dítěte

Rodina představuje klíčový prvek v životě dítěte, který zásadním způsobem ovlivňuje jeho osobnostní, emocionální a sociální vývoj. Jako první prostředí, se kterým dítě přichází do kontaktu, rodina formuje jeho hodnoty, postoje a základní dovednosti, jež jsou klíčové pro budoucí život. Rodinné prostředí poskytuje dítěti emocionální zázemí, bezpečí a podporu, která je nezbytná pro zvládání výzev a rozvoj jeho schopností (Vágnerová, 2021).

Každá rodina je jedinečná svou strukturou a dynamikou vztahů. Funkční rodinné prostředí, založené na vzájemné podpoře, komunikaci a respektu, vytváří pro dítě stabilní základnu, ze které může čerpat při řešení každodenních situací. Naopak dysfunkční prostředí, charakterizované konflikty, nedostatkem podpory nebo zanedbáváním, může významně narušit zdravý vývoj dítěte a přispět k problémovému chování nebo obtížím při navazování mezilidských vztahů (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Rodiče hrají zásadní roli ve výchově dítěte nejen jako jeho první vzory, ale také jako průvodci, kteří dítěti pomáhají porozumět světu a zvládat výzvy. Kvalita vztahů uvnitř rodiny, zejména mezi rodiči a dětmi, má klíčový vliv na emocionální stabilitu a sebehodnocení dítěte. Pozitivní přístup rodičů, zahrnující podporu a zpětnou vazbu, posiluje sebevědomí dítěte a jeho schopnost dosahovat cílů. Současně interakce mezi sourozenci podporují empatii, spolupráci a schopnost řešit konflikty, což připravuje dítě na budování zdravých vztahů mimo rodinné prostředí (Čáp, 1993; Jedlička, 2017).

Dysfunkční rodinné prostředí může mít dlouhodobé negativní dopady na dítě. Konflikty, absence emocionální podpory či nedostatek jasných hranic vedou k pocitům nejistoty a ohrožení, které mohou ovlivnit psychický i sociální vývoj dítěte. Takové podmínky často přispívají k rizikovému chování, jako je agresivita, delikvence nebo závislosti, a zvyšují riziko sociálního selhání (Fischer & Škoda, 2014).

Naopak funkční rodinné prostředí nabízí dítěti stabilitu a bezpečí, které jsou základem pro jeho zdravý vývoj. Rodiče, kteří vedou děti k odpovědnosti a podporují jejich aktivní zapojení do rodinného života, posilují jejich schopnost zvládat stresové situace a budovat pozitivní vztahy. Vzájemný respekt a konstruktivní přístup rodičů navíc působí jako prevence rizikového chování a podporuje rozvoj emocionální inteligence dítěte (Krulichová, 2015). Rodina tak tvoří nenahraditelné prostředí, které formuje nejen dětskou osobnost, ale také jeho budoucí schopnost integrovat se do společnosti a čelit životním výzvám.

2.1 Výchovné přístupy v rodině

Výchovné přístupy v rodině zásadním způsobem ovlivňují osobnostní, emocionální a sociální vývoj dítěte. Styl výchovy, který rodiče zvolí, určuje, jakým způsobem se dítě učí zvládat výzvy, budovat vztahy a osvojovat si hodnoty a normy. Provedené výzkumy potvrzují, že různé výchovné přístupy vedou k odlišným vývojovým výsledkům, přičemž optimální přístup je vždy závislý na individuálních potřebách dítěte a kontextu rodinného prostředí (Vágnerová, 2008; Maccoby, 2007). Výchovné přístupy jsou tradičně rozdělovány podle míry kontroly a podpory, kterou rodiče svým dětem poskytují. Maccoby (2007) popisuje čtyři základní styly výchovy:

2.1.1 Autoritativní styl

Autoritativní rodiče kombinují vysokou míru nároků s vysokou mírou podpory a empatie. Nastavují jasná pravidla, ale zároveň dávají dítěti prostor k vyjádření a podporují jeho autonomii. Tento styl bývá nejčastěji spojován s pozitivními vývojovými výsledky, jako je zdravé sebevědomí, odpovědnost a dobré sociální dovednosti (Baumrind, 1991; Vágnerová, 2008).

2.1.2 Autoritářský styl

Tento přístup je charakterizován vysokou mírou kontroly a nízkou podporou. Rodiče vyžadují poslušnost a disciplínu bez diskuse či vysvětlení. Autoritářská výchova často vede k poslušnému chování, avšak může negativně ovlivnit sebevědomí dítěte a jeho schopnost samostatného rozhodování (Maccoby, 2007).

2.1.3 Liberální styl

Liberální rodiče projevují vysokou míru podpory, avšak stanovují pouze minimum pravidel a hranic. Tento styl může vést k rozvoji kreativity a individuality, avšak často způsobuje problémy se sebekázní a respektováním autorit (Vágnerová, 2008).

2.1.4 Nevšímavý styl

Nevšímavý, či zanedbávající přístup je charakterizován nízkou kontrolou i podporou. Rodiče nejsou aktivně zapojeni do života dítěte, což může vést k pocitům zanedbání a problémům v emocionálním a sociálním vývoji (Maccoby, 2007).

Autoritativní styl výchovy je považován za nejefektivnější, protože podporuje rozvoj zdravého sebevědomí, sociálních dovedností a schopnosti zvládat stresové situace. Naopak autoritářská nebo liberální výchova může vést k problémům s adaptací na pravidla a normy společnosti. Nevšímavý styl má nejhorší dopady, protože nedostatek podpory i kontroly výrazně ohrožuje emocionální stabilitu dítěte (Maccoby, 2007).

Výchova není statickým procesem – rodiče často kombinují různé přístupy podle aktuální situace. Schopnost přizpůsobit styl výchovy individuálním potřebám dítěte a měnícím se okolnostem je klíčová pro podporu zdravého vývoje. Flexibilní přístup umožňuje rodičům lépe reagovat na specifické vývojové fáze dítěte a vytvářet prostředí, kde se dítě cítí bezpečně a motivováno k rozvoji (Vágnerová, 2008).

2.2 Rodina a její vliv na psychický a sociální vývoj dítěte

Rodina představuje klíčové prostředí pro formování osobnosti dítěte, její vliv na psychický a sociální vývoj dítěte je zásadní, neboť rodina zajišťuje emocionální podporu, přenos hodnot a pravidel a vytváří prostor pro osvojování základních sociálních dovedností. Psychologové a sociologové zdůrazňují, že kvalita rodinného prostředí a vztahů uvnitř rodiny má dlouhodobý dopad na schopnost dítěte fungovat v mezilidských vztazích a čelit výzvám vnějšího světa (Vágnerová, 2008).

Rodinné prostředí má zásadní vliv na psychický vývoj dítěte, především na utváření jeho identity, sebevědomí a emoční stability. Harmonické prostředí, kde dítě zažívá přijetí, podporu a pochopení, přispívá ke zdravému psychickému vývoji. Děti, které vyrůstají v prostředí s pozitivními emočními vazbami, si obvykle lépe budují zdravý vztah k sobě samým i okolnímu světu (Matoušek, 2008).

Naopak dysfunkční rodinné prostředí, například rodina charakterizovaná konflikty, zanedbáváním nebo absencí podpory, může vést k psychickým problémům, jako je nízké sebevědomí, úzkost nebo deprese. Dlouhodobá expozice takovému prostředí může mít trvalé následky na schopnost dítěte zvládat stres a překonávat životní obtíže (Fischer & Škoda, 2014).

Rodina je prvním prostředím, kde se dítě učí sociálním interakcím a vytváří si vzorce chování, které později aplikuje v širší společnosti. Prostřednictvím vztahů s rodiči a sourozenci si dítě osvojuje základní dovednosti, jako je komunikace, empatie, spolupráce a řešení konfliktů. Tyto dovednosti jsou klíčové pro jeho budoucí fungování v mezilidských vztazích (Vágnerová, 2008).

Pozitivní příklady chování rodičů a jasně nastavené hranice učí dítě respektovat pravidla a chápat důsledky svých činů. Rodiče, kteří dítě vedou konstruktivní komunikací a podporou,

zároveň posilují jeho schopnost budovat zdravé a stabilní vztahy mimo rodinné prostředí (Jedlička, 2017). Sourozenské vztahy navíc přispívají k rozvoji dovedností, jako je vyjednávání, kompromis a empatie.

Rodiny, které nejsou schopny zajistit dítěti stabilní a bezpečné prostředí, mohou výrazně narušit jeho psychický i sociální vývoj. Děti z rodin, kde převažuje násilí, zanedbávání nebo nepředvídatelné chování rodičů, často vykazují problémy s chováním, emoční nestabilitu a obtíže v navazování zdravých vztahů. Takové prostředí může vést i k rizikovému chování, jako je závislost, delikvence nebo školní neúspěšnost (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Funkční rodinné prostředí je základem pro zdravý psychický a sociální vývoj dítěte. Rodiče, kteří poskytují dítěti stabilitu, podporu a jasně nastavené hranice, mu dávají pevný základ pro zvládání stresových situací a budování pozitivního vztahu k sobě i ostatním. Společné rodinné aktivity, otevřená komunikace a respektující přístup posilují nejen dítě, ale i celkovou soudržnost rodiny (Krulichová, 2015).

2.3 Dysfunkční rodinné prostředí

Rodinné prostředí je základním stavebním kamenem, který výrazně ovlivňuje osobnostní rozvoj a životní dráhu každého dítěte. Ideální rodina poskytuje nejen stabilitu, ale také podporu, lásku a pocit bezpečí. Existují však situace, kdy rodina neplní své klíčové funkce, což může mít dalekosáhlé důsledky pro psychické i sociální zdraví jejích členů. Takové podmínky označujeme jako dysfunkční rodinné prostředí (Matějček 2002).

Dysfunkčnost v rodině se může projevovat různými způsoby, ať už jde o nedostatek emoční opory, narušenou komunikaci, konfliktní vztahy nebo zanedbávání základních potřeb dítěte. Tyto faktory způsobují vnitřní nestabilitu a stres, které mohou negativně ovlivnit schopnost dítěte zvládat výzvy každodenního života. Výzkumy ukazují, že děti z takového prostředí často čelí větším obtížím při budování zdravých vztahů a při začleňování do společnosti (Špaňhelová, 2016).

Tato problematika je stále aktuální, neboť dysfunkční rodiny nejsou výjimečné pouze v okrajových skupinách, ale lze je nalézt napříč různými socioekonomickými a kulturními kontexty. Z tohoto důvodu je nezbytné věnovat se zkoumání charakteristik a příčin dysfunkčních rodinných vztahů, stejně jako hledání efektivních strategií, jak rodinám v obtížích pomoci překonat jejich problémy (Kraus, 2013).

2.3.1 Konfliktní vztahy

Opakující se konflikty, agresivní komunikace či fyzické násilí mezi členy rodiny jsou častým rysem dysfunkčních domácností. Takové prostředí vytváří atmosféru nejistoty a strachu, která ohrožuje emoční pohodu dítěte. Chronický stres z konfliktního prostředí může vést k problémům s chováním, úzkosti, depresím nebo psychosomatickým obtížím. Děti vyrůstající v takovém prostředí často zažívají vnitřní napětí, které narušuje jejich schopnost soustředit se na vzdělávání či budovat zdravé vztahy mimo rodinu (Fischer & Škoda, 2014).

2.3.2 Zanedbávání dítěte

Zanedbávání dítěte se projevuje nedostatkem péče o jeho fyzické, emocionální nebo vzdělávací potřeby. Může jít o absenci adekvátní výživy, hygieny, ale také o nedostatek lásky, zájmu nebo intelektuálních podnětů. Zanedbávání je často důsledkem socioekonomických problémů, psychických onemocnění rodičů nebo jejich závislostí. Tento problém může vést k pocitům opuštěnosti, nízkému sebevědomí a k problémům s navazováním mezilidských vztahů (Vágnerová, 2008).

2.3.3 Nedostatek stabilních hranic

Rodiny, které nenastavují jasná pravidla a hranice, vystavují děti nepředvídatelnému prostředí. Chaotická výchova bez struktury může vést k tomu, že dítě nerozumí očekáváním, která na něj společnost klade. Takové děti často projevují problémy s disciplínou, mají tendenci k impulsivnímu chování a obtíže s respektováním autorit. Absence stabilních hranic také přispívá k pocitům nejistoty a zmatku, což ovlivňuje celkovou psychickou stabilitu dítěte (Matoušek, 2008).

2.3.4 Emocionální chlad

Neschopnost rodičů projevovat lásku, zájem a empatii vede k narušení emoční vazby mezi dítětem a rodiči. Děti vyrůstající v prostředí emocionálního chladu často trpí nízkým sebevědomím, pocity méněcennosti a mají obtíže v budování zdravých vztahů. Emoční deprivace může mít dlouhodobé následky na schopnost dítěte regulovat své emoce a zvládat stresové situace (Kruřichová, 2015).

Dysfunkční rodinné prostředí může být výsledkem kombinace různorodých faktorů, které ovlivňují fungování rodiny a narušují její základní funkce. Tyto příčiny často vycházejí z vnějších okolností, jako jsou socioekonomické problémy, ale mohou být také důsledkem

vnitřních dynamik, například závislostí, psychických poruch či rodinného násilí. Každý z těchto faktorů působí na rodinu jinak, avšak jejich společným jmenovatelem je destabilizace prostředí, které má sloužit jako bezpečný a podpůrný prostor pro všechny její členy, zejména pro děti. Pochopení těchto příčin je klíčové pro vytvoření efektivních intervencí a podpůrných mechanismů, které mohou přispět k obnovení zdravého rodinného fungování (Krulichová, 2015).

2.3.5 Socioekonomické problémy

Relativní chudoba, nezaměstnanost a špatné bydlení vytvářejí chronický stres, který negativně ovlivňuje schopnost rodičů zajišťovat potřeby dětí. Dlouhodobé ekonomické problémy často vedou k zanedbávání dětí a zhoršení vztahů uvnitř rodiny (Matoušek & Pazlarová, 2014).

2.3.6 Závislosti

Alkoholismus, drogové závislosti či jiné formy návykového chování rodičů představují vážnou hrozbu pro stabilitu rodinného prostředí. Tyto problémy často vedou k zanedbávání dětí, fyzickému či psychickému násilí a celkové destabilizaci rodinného života (Fischer & Škoda, 2014).

2.3.7 Psychické poruchy rodičů

Rodiče s psychickými poruchami, jako jsou deprese či úzkostné poruchy, často nejsou schopni plnit své rodičovské povinnosti. Tato situace vede k emočním výpadkům, zanedbávání nebo přenosu úzkostí na dítě (Vágnerová, 2008).

2.3.8 Rodinné násilí

Domácí násilí vytváří prostředí strachu, které ohrožuje fyzickou i psychickou pohodu všech členů rodiny. Děti, které jsou svědky násilí, mohou mít dlouhodobé problémy s agresí, nízkým sebevědomím a vytvářením důvěry ve vztazích (Krulichová, 2015).

2.4 Dopady dysfunkčního prostředí na dítě

Dysfunkční rodinné prostředí může mít závažné dopady na psychické zdraví dítěte, často vedoucí k úzkostným poruchám, depresím a nízkému sebevědomí. Takové děti mívají obtíže

s regulací emocí, což se může projevit psychosomatickými obtížemi nebo poruchami chování. a psychická nestabilita se následně odráží i v jejich sociálním fungování (Vágnerová, 2008).

Děti vyrůstající v prostředí s narušenými rodinnými vztahy často bojují s navazováním a udržováním mezilidských vazeb. Chybějící pozitivní vzory chování v rodině mohou vést k izolaci, agresivitě nebo naopak k submisivnímu chování, které jim brání v plnohodnotné sociální interakci (Matoušek & Pazlarová, 2014).

Tyto negativní vlivy rodinného prostředí navíc představují rizikový faktor pro rozvoj závislostí, delikventního chování nebo školního neúspěchu. Děti, které v rodině nenacházejí potřebnou oporu, často hledají náhradu v rizikových skupinách vrstevníků, kde se pokoušejí kompenzovat nedostatek přijetí a podpory (Krucichová, 2015).

2.4.1 Možnosti intervence a prevence

Efektivní intervence a prevence v případě dysfunkčních rodinných prostředí zahrnují řadu opatření, která mají za cíl stabilizovat rodinné vztahy, poskytnout podporu dětem i rodičům a předejít dalším negativním dopadům na vývoj dítěte.

Jednou z klíčových forem podpory jsou sociální služby, které rodinám nabízejí poradenství, krizovou intervenci a v některých případech i finanční pomoc. Tyto služby jsou zaměřeny na zmírnění akutních problémů a zajištění základních potřeb rodiny, čímž pomáhají vytvořit stabilnější prostředí pro dítě (Matoušek, 2015).

Další možností je terapeutická podpora, zejména ve formě rodinné terapie. Ta napomáhá zlepšit komunikaci mezi členy rodiny, identifikovat příčiny konfliktů a hledat způsoby, jak obnovit funkčnost vztahů. Terapie často poskytuje prostor pro řešení dlouhodobých problémů, které mohou negativně ovlivňovat všechny členy rodiny. Velmi důležitou roli hrají také programy rodičovských kompetencí, které jsou zaměřeny na posilování výchovných dovedností rodičů. Tyto programy pomáhají rodičům lépe porozumět potřebám jejich dětí a poskytují praktické nástroje, jak vytvořit podpůrné a podnětné rodinné prostředí. Zvyšování rodičovských kompetencí přispívá ke snížení rizika dysfunkčních rodinných vzorců (Matoušek, 2015).

Škola má zásadní roli při odhalování dětí z dysfunkčních rodin, díky každodennímu kontaktu může včas zachytit signály problémů. Ve spolupráci s OSPOD a školními psychology dokáže nabídnout podporu a zprostředkovat pomoc nejen dětem, ale i jejich rodinám. Tyto aktivity jsou klíčové pro prevenci a řešení problémů spojených s rodinnou dysfunkcí, přičemž vzájemná koordinace všech zapojených stran zajišťuje efektivní podporu a zdravý vývoj dítěte (Matějček, 2003).

3 Rizikové chování

Rizikové chování představuje významný problém v oblasti výchovy, vzdělávání a prevence, protože přímo ovlivňuje zdraví, sociální fungování a budoucí uplatnění dětí a mládeže. Tento fenomén zahrnuje širokou škálu projevů, které ohrožují nejen samotné aktéry, ale i jejich okolí. Pochopení příčin a forem rizikového chování je klíčové pro jeho včasné rozpoznání a efektivní řešení. S ohledem na závažnost a komplexnost tohoto jevu je nutné rizikové chování analyzovat z interdisciplinárního pohledu, který umožňuje cílenou intervenci a podporu pro jedince i jejich sociální prostředí (Sobotková et al., 2014).

Rizikové chování je komplexní jev, který je zkoumán v mnoha oborech, jako jsou vývojová a sociální psychologie, kriminologie či sociální pedagogika. Tento koncept zahrnuje chování dětí a mládeže, které může ohrozit jejich vlastní zdraví, vzdělávání, sociální fungování či bezpečí jejich okolí. Z pohledu pedagogického pracovníka je klíčové rozpoznat rizikové chování včas a identifikovat jeho příčiny a důsledky, aby bylo možné přiměřeně intervenovat a podpořit zdravý vývoj jedince (Sobotková et al., 2014).

Definice rizikového chování se liší podle odborných přístupů, přičemž každý zdůrazňuje jiné aspekty tohoto fenoménu. Bělík a Hoferková (2018) charakterizují rizikové chování jako společensky nežádoucí chování, které ohrožuje zdraví jedince i jeho okolí. Tento přístup zdůrazňuje dopad na sociální prostředí dítěte.

Miovský et al. (2010, s. 24) definují rizikové chování jako „problematické, znepokojující nebo nežádoucí vzhledem k normám konvenční společnosti, jejím institucím a autoritám. Toto chování je regulováno společenskými institucemi, které mohou reagovat prostředky od vyjádření nesouhlasu až po právní postih.“ Tato definice poukazuje na normativní rámec společnosti a její vliv na vnímání rizikového chování.

Procházka (2012) definuje rizikové chování jako specifický typ jednání, které zvyšuje pravděpodobnost vzniku různých problémů, včetně výchovně vzdělávacích, zdravotních či sociálních rizik. Tyto důsledky mohou negativně ovlivnit nejen samotného jedince, ale i širší společnost. Tato definice zároveň upozorňuje na to, že rizikové chování má často dlouhodobý dopad na jednotlivce i komunitu jako celek.

Podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (2017) zahrnuje rizikové chování různé formy, které lze rozdělit do několika hlavních kategorií:

- Užívání návykových látek: Zahrnuje konzumaci alkoholu, tabákových výrobků a ilegálních drog, včetně hráčství a netolismu.

- Agresivní chování: Šikana, kyberšikana, násilí, sebepoškozování, vandalismus, extremismus, homofobie, xenofobie.
- Záškoláctví: Opakovaná absence ze školy bez legitimního důvodu.
- Předčasný sexuální život: Promiskuita, nechráněný styk, předčasné rodičovství.
- Rizikové sportovní a dopravní aktivity: Extrémní sporty, řízení pod vlivem návykových látek, nedodržování dopravních předpisů.
- Nezdravé stravovací návyky: Nevhodná výživa spojená se zdravotními komplikacemi.

3.1 Typy rizikového chování u dospívajících dívek

Dospívání je obdobím významných fyzických, emocionálních a sociálních změn, které často přináší nejistoty a zvýšenou náchylnost k rizikovému chování. Tento typ chování může poškozovat tělesné a duševní zdraví dospívajících a mít negativní dopady na jejich životy i na širší společnost (Macek, 2003). Následující text se věnuje nejčastějším formám rizikového chování, se kterými se dospívající dívky potýkají, a jejich důsledkům.

3.1.1 Užívání návykových látek

Jednou z nejčastějších forem rizikového chování u dospívajících dívek je užívání návykových látek, jako jsou alkohol, tabákové výrobky, nikotinové sáčky a nelegální drogy. Tento jev může být motivován snahou začlenit se do vrstevnické skupiny, zvládnout stres nebo uniknout emocionálním problémům. Studie ukazují, že užívání návykových látek zvyšuje riziko depresí, úzkostí a dalších duševních obtíží (Miller et al., 2007). Tento typ chování může také vést k problémům ve škole, konfliktům s rodiči a vrstevníky či dokonce ke zvýšenému riziku kriminality (Schulte, 2013).

3.1.2 Sebepoškozování

Sebepoškozování představuje formu rizikového chování, která zahrnuje úmyslné poškozování vlastního těla, například řezání nebo pálení. Tento typ chování často slouží jako maladaptivní způsob zvládání stresu nebo intenzivních emocí. Sebepoškozování bývá spojeno s duševními problémy, jako jsou deprese, úzkostné poruchy nebo posttraumatické stresové poruchy (Klonsky, 2007; Nock, 2010). Výzkumy naznačují, že dívky, které se sebepoškozují, mohou mít také zhoršené schopnosti regulace emocí a nízké sebevědomí. Například studie Burešové a kol. (2015) zkoumala osobnostní charakteristiky adolescentních dívek se sebepoškozujícími tendencemi. Výsledky ukázaly, že tyto dívky často vykazují vyšší míru

emoční nestability a nižší úroveň sebehodnocení ve srovnání s jejich vrstevnicemi. Autoři také identifikovali souvislost mezi sebepoškozováním a specifickými rysy osobnosti, jako je zvýšená impulzivita a sklon k negativním emocím.

3.1.3 Rizikové sexuální chování

Rizikové sexuální chování zahrnuje nechráněný sex, promiskuitu nebo sexuální aktivity pod vlivem návykových látek. Tento typ chování může vést k závažným následkům, jako jsou sexuálně přenosné infekce, neplánované těhotenství či emocionální problémy. Významnými faktory, které přispívají k rozvoji tohoto chování, jsou nízké sebevědomí, nedostatek informací o bezpečných sexuálních praktikách a tlak vrstevníků (Fischer, 2006; Santelli et al., 2004).

3.1.4 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy, jako jsou anorexie a bulimie, jsou častou formou rizikového chování u dospívajících dívek. Tyto poruchy jsou spojeny s nízkým sebevědomím, tlakem na dosažení společenského ideálu krásy a rodinnými problémy. Mohou vést k vážným zdravotním důsledkům, včetně podvýživy, srdečních problémů a v krajních případech i smrti (Hudson, 2007). Prevence a včasná intervence jsou klíčové pro zmírnění dopadů těchto poruch (Stice, 2013).

3.1.5 Agresivní chování

Agresivní chování je dalším typem rizikového chování, které se u dospívajících dívek může projevovat. Zahrnuje fyzické násilí, šikanu či vandalismus. Příčinami tohoto chování mohou být frustrace, impulzivita, poruchy nálad nebo problémy v rodinném prostředí. Agresivní chování často negativně ovlivňuje vztahy s vrstevníky a přispívá k sociální izolaci (Silva, 2020). Podle Toužimské (2006) mohou důsledné intervence a podpora přispět k redukci tohoto chování.

3.1.6 Další formy rizikového chování

Další formy rizikového chování zahrnují záškoláctví, rizikové sportovní aktivity nebo nezdravé stravovací návyky. Záškoláctví, tedy absence ze školy bez legitimního důvodu, může vést k problémům ve vzdělávání a zvyšuje riziko sociální exkluze. Rizikové sportovní aktivity, jako jsou extrémní sporty či nebezpečné chování v dopravě, často vyplývají z přeceňování vlastních schopností nebo snahy o adrenalinový zážitek. Nezdravé stravovací návyky, včetně

konzumace nezdravých potravin, mohou vést k obezitě a dalším zdravotním problémům (MŠMT, 2017)

3.2 Psychologické a sociální faktory přispívající k rizikovému chování

Vývoj osobnosti dítěte je ovlivněn širokým spektrem psychologických a sociálních faktorů, které mohou být rizikovými i ochrannými činiteli. Rizikové faktory se mohou objevit již v prenatálním období a pokračovat během raného dětství a dospívání. Následující text se zaměřuje na klíčové aspekty, které přispívají k rozvoji rizikového chování u dětí a mládeže.

Prenatální vývoj dítěte je klíčovým obdobím, během něhož mohou nepříznivé vlivy matky ovlivnit budoucí chování dítěte. Matky závislé na alkoholu, návykových látkách nebo trpící psychickými problémy představují významný rizikový faktor. Stres a úzkost v těhotenství mohou rovněž negativně ovlivnit vývoj plodu (Matoušek & Kroftová, 2003; Vojtová, 2008).

Biologické faktory, jako je nízká porodní hmotnost, předčasný porod nebo porodní komplikace, mohou zvyšovat riziko vývojových poruch. Poruchy centrální nervové soustavy, emoční dráždivost, nízká schopnost empatie a impulzivní chování jsou častými rizikovými faktory, které mohou vést k citové nestabilitě a problémovému chování (Koukolík et al., 2006).

Rodina je prvotním a zásadním prostředím, kde dítě získává základní hodnoty a vzorce chování. Funkční rodinné prostředí poskytuje emocionální stabilitu, podporu a jasné hranice. Naopak dysfunkční rodiny mohou dítěti zprostředkovat nevhodné vzorce chování. Děti, které jsou svědky hádek, násilí nebo ponižování, často přejímají tyto vzorce do svých vlastních vztahů. Závislost rodičů na alkoholu nebo drogách zvyšuje riziko, že se dítě bude chovat podobně (Koukolík et al., 2006).

Extrémy v rodičovském přístupu, jako je hyperprotektivita, perfekcionismus nebo naopak zanedbávání, mohou vést k citové deprivaci, nízkému sebevědomí nebo traumatizaci dítěte. Nekonzistentní výchova nebo absence jasných pravidel chování může hraničit až s projevy týrání, které jsou často součástí syndromu CAN (Dunovský et al., 1995).

Škola je druhým klíčovým socializačním prostředím po rodině. Kvalitní školní prostředí může působit jako ochranný faktor, zatímco stresující nebo nepodnětné prostředí může přispět k rozvoji rizikového chování. Učitelé hrají zásadní roli v identifikaci a prevenci rizikového chování. Jasná pravidla, důslednost a respektující přístup k žákům vytvářejí podmínky pro zdravý vývoj dětí. Naopak preferování některých žáků či přehlížení nevhodného chování může vést ke vzniku šikany nebo vytváření sociálně patologických skupin (Vágnerová, 1997).

Učitelé mohou ovlivňovat dynamiku ve třídě svou autoritou a způsobem komunikace. Učitel s pevnými zásadami a jasnými očekáváními je lépe přijímán než ten, kdo se snaží žákům zalíbit, což může vést ke ztrátě respektu (Matoušek & Kroftová, 2003).

Vrstevníci jsou v období puberty významným faktorem ovlivňujícím chování dítěte. Děti se snaží zapadnout do skupiny a splnit její očekávání. Nepříznivé rodinné prostředí zvyšuje pravděpodobnost, že dítě hledá přijetí v nevhodných skupinách, kde může být vystaveno rizikovému chování, jako je užívání návykových látek nebo drobná kriminalita (Matoušek & Kroftová, 2003). Vliv vrstevníků je nejvýraznější během puberty, kdy dítě hledá svou identitu a zkoumá své sociální role (Říčan, 2004).

Společnost rovněž významně ovlivňuje rodinu a děti. Ekonomická situace, mediální vlivy a kulturní normy mohou formovat hodnoty a očekávání, které se odrážejí v rodinných interakcích. Rodina a společnost se vzájemně ovlivňují, přičemž každá plní své specifické funkce (Koukolík et al., 2006).

3.2.1 Vliv rizikového partnera

Jedním z významných faktorů ovlivňujících život dospívajících dívek může být vztah s rizikovým partnerem. Tento vztah nejen zrcadlí jejich dosavadní zkušenosti, ale zároveň může prohlubovat již existující potíže, a tím komplikovat proces jejich rehabilitace a návrat k běžnému fungování (Nováková & Svobodová, 2020).

Rizikovní partneři jsou často charakterizováni problematickým chováním, jako je agresivita, užívání návykových látek, kriminální aktivity nebo manipulativní sklony. V případě dívek v diagnostických ústavech mohou rizikovní partneři hrát roli jak negativního vzoru, tak zdroje emocionálního vlivu, který prohlubuje jejich nejistoty. Tito partneři mnohdy využívají zranitelnosti dívek, jejich nízkého sebevědomí a potřeby přijetí, což je činí obzvláště náchylnými k manipulaci a kontrole (Matoušek & Kroftová, 2003).

Vztah s rizikovým partnerem může výrazně ovlivnit chování a životní směřování dívek. Mezi nejčastější dopady patří dle Čížka (2017):

- **Zapojení do rizikového chování:** od vlivem partnera se dívky často účastní aktivit, jako je užívání návykových látek, kriminální činnost nebo promiskuitní chování. Tyto aktivity mohou nejen ohrozit jejich zdraví a bezpečí, ale také prohloubit jejich problémy se zákonem nebo sociálním prostředím.
- **Zhoršení vztahů s rodinou a vrstevníky:** rizikovní partneři často izolují dívky od jejich rodiny a blízkých, čímž snižují jejich možnost hledat pomoc a podporu. Tato izolace

vede k dalšímu oslabování jejich sociálních vazeb a k závislosti na problematickém vztahu.

- **Psychické důsledky:** dlouhodobý stres a citové vydírání ve vztahu s rizikovým partnerem mohou vést k úzkostem, depresím a nízkému sebevědomí. Dívky se často cítí bezmocné a uvězněné ve vztahu, což komplikuje jejich schopnost od něj odejít.

3.2.2 Role diagnostického ústavu

Diagnostické ústavy představují klíčovou součást systému péče o děti a mládež, které čelí obtížným životním situacím, včetně negativního vlivu rizikových vztahů. Jejich hlavním cílem je poskytovat odbornou podporu zaměřenou na identifikaci problémů, terapii a zajištění bezpečného prostředí, které umožňuje klientům překonat negativní vlivy a znovu získat rovnováhu. V rámci své činnosti ústavy aplikují multidisciplinární přístup, který zahrnuje psychologické, pedagogické a sociální intervence (Matoušek, 2013).

- **Diagnostika vztahových problémů:** Odborníci v diagnostických ústavech identifikují vztahové problémy dívek prostřednictvím psychologického hodnocení, rozhovorů a analýzy jejich minulého chování. Tato diagnostika pomáhá odhalit, jakou roli rizikový partner v životě dívky hraje a jaké jsou jeho konkrétní vlivy (Matoušek, 2013).
- **Terapeutická intervence:** Terapie zaměřená na posílení sebevědomí a schopnosti stanovovat hranice je zásadní pro to, aby dívky pochopily škodlivost svého vztahu a byly schopny se z něj vymanit. Terapeutické sezení mohou také zahrnovat práci s traumatem, které dívka mohla ve vztahu zažít, a nácvik zdravých způsobů zvládání emocí (Matoušek, 2013).
- **Podpora vzdělávání a sebepoznání:** Diagnostické ústavy poskytují dívkám vzdělávací programy, které jim pomáhají rozpoznat manipulativní vzorce chování, porozumět vlastním potřebám a získat nástroje k budování zdravých vztahů (Matoušek, 2013).
- **Bezpečné prostředí:** Diagnostický ústav nabízí dívkám prostor, kde mohou přerušit kontakt s rizikovým partnerem a znovu získat kontrolu nad svým životem. Bezpečné prostředí jim umožňuje reflektovat svou situaci bez tlaku a manipulace (Matoušek, 2013).
- **Spolupráce s rodinou a institucemi:** Diagnostické ústavy úzce spolupracují s rodinou dívky, orgány sociálně-právní ochrany dětí a dalšími institucemi, aby zajistily komplexní podporu při řešení vlivu rizikového partnera (Matoušek, 2013).

3.3 Trauma a jeho dlouhodobé důsledky

Trauma je hluboký psychický otřes, který vzniká jako reakce na události způsobující intenzivní stres a úzkost, ohrožující život, zdraví nebo důležité hodnoty jedince. Pedagogický pracovník se s projevy traumatu u dětí setkává často, a proto je důležité porozumět jeho příčinám, průběhu a možným důsledkům, aby bylo možné adekvátně reagovat na potřeby traumatizovaných žáků (Kohoutek & Marešová, 2019).

Traumatické události se stávají traumatickými, když je jedinec není schopen emočně zvládnout. Výsledkem může být dlouhodobá změna osobnosti a vnímání světa. Trauma často zanechává stopy v podobě posttraumatických reakcí, které mohou ovlivnit nejen duševní, ale i fyzické zdraví dítěte (Praško et al., 2003).

Americký psycholog Peter A. Levine definuje trauma jako důsledek událostí, které jedinec vnímá jako zahlcující nebo život ohrožující. Ne všechny stresující situace však vedou k traumatu, protože vnímání a reakce na události se liší podle individuálních dispozic. Zatímco některé děti mohou být traumatizovány relativně běžnými situacemi, jako je ztráta domácího mazlíčka, jiné dokážou zvládnout i závažnější zážitky bez trvalých následků (Levine, 2018).

Projevy traumatu se liší mezi jedinci a mohou být buď okamžité, nebo opožděné. Děti, které zažily traumatickou událost, mohou vykazovat různé příznaky, jako jsou úzkost, poruchy spánku, zvýšená dráždivost nebo problémy s koncentrací. Dalšími příznaky mohou být odpojení od vlastního těla, okolního světa či blízkých osob, což často vede k narušení sociálních vztahů a ztrátě sebevědomí (Levine, 2018).

Z pedagogického hlediska je klíčové rozpoznat tyto projevy u žáků, protože mohou ovlivnit jejich schopnost učit se a zapojit se do školního kolektivu. Například děti s traumatem mohou reagovat na běžné podněty přehnaně citlivě, což může být zaměněno za neposlušnost nebo neochotu spolupracovat. Trauma může mít závažné a trvalé dopady na kvalitu života jedince. Mezi běžné důsledky patří posttraumatická stresová porucha (PTSD), která je charakterizována opakovaným prožíváním traumatické události prostřednictvím flashbacků, nočních můr nebo neustálého pocitu ohrožení. Dalšími důsledky mohou být poruchy přizpůsobení, deprese, úzkostné stavy nebo ztráta důvěry v okolí (Kohoutek et al., 2009).

Traumatické vzpomínky mají specifickou vlastnost – jsou stálé a neflexibilní, což znamená, že je obtížné je doplnit novými informacemi nebo zpracovat. Tyto vzpomínky často vedou k přetrvávajícím obavám, fobiím nebo problémům s chováním. Z pedagogického pohledu je nutné si uvědomit, že tyto děti mohou mít sníženou schopnost zvládat běžné školní situace, což vyžaduje zvýšenou míru podpory a porozumění (Levine, 2017).

Včasná a cílená intervence může výrazně zmírnit dlouhodobé následky traumatu. Je důležité zaměřit se nejen na posttraumatické projevy, ale i na podporu v průběhu krizové situace. Dětem je třeba poskytnout bezpečné prostředí, kde mohou otevřeně sdílet své pocity a obavy. Spolupráce mezi pedagogickými pracovníky, školními psychology a rodinou hraje klíčovou roli v procesu zotavení dítěte (Kohoutek et al., 2009).

Pedagogičtí pracovníci mohou například využít techniky mindfulness nebo arteterapie, které pomáhají dětem vyrovnávat se se stresem a znovu budovat pozitivní vnímání sebe samých. Klíčové je zaměřit se na posilování jejich sebevědomí a budování pozitivních vztahů se spolužáky a učiteli (Novák & Dvořáková, 2021).

4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část práce se věnuje problematice rizikového chování u dospívajících dívek a jeho souvislostem v kontextu výchovy a péče poskytované v diagnostických ústavech. Tato část zdůrazňuje komplexní pohled na příčiny, projevy a možné důsledky rizikového chování, s ohledem na klíčové faktory, jako jsou rodinné prostředí, vliv školy, vrstevníků a trauma.

Primární zaměření je kladeno na diagnostické ústavy, jejich legislativní rámec, funkce a specifickou roli při podpoře mladistvých. Diagnostické ústavy se ukazují jako důležitá instituce pro identifikaci potřeb dětí a poskytování cílených intervencí. Současně je však zdůrazněna nutnost multidisciplinárního přístupu a spolupráce pedagogických pracovníků, psychologů a dalších odborníků při řešení problémů dětí s rizikovým chováním.

Rodinné prostředí je zdůrazněno jako klíčový faktor, který zásadně ovlivňuje vývoj dítěte. Funkční rodina nabízí stabilitu, podporu a zdravé vzorce chování, zatímco dysfunkční prostředí může vést k nízkému sebevědomí, sociální izolaci a rozvoji problémového chování. Pro pedagogy je důležité vnímat rodinné zázemí dětí jako zásadní determinant jejich chování a přizpůsobit tomu svou práci s žákem (Matoušek, 2015).

Teoretická část také ukazuje, že rizikové chování zahrnuje širokou škálu projevů, jako je užívání návykových látek, sebepoškozování, rizikové sexuální chování nebo agresivita. Každý z těchto jevů má své specifické příčiny a důsledky, přičemž prevence a včasné intervence hrají zásadní roli. Z pedagogického hlediska je nezbytné identifikovat rizikové projevy včas, aby bylo možné efektivně podpořit dítě při překonávání problémů (Vágnerová, 2021).

Trauma je představeno jako významný faktor, který ovlivňuje psychický i sociální vývoj dítěte. Děti zasažené traumatem často vykazují zvýšenou citlivost, úzkostné stavy nebo narušené mezilidské vztahy. Pro pedagogy je klíčové porozumět projevům traumatu, poskytovat dětem bezpečné a podpůrné prostředí a spolupracovat s odborníky na jejich zotavení (Levine, 2017).

Důležité je zdůraznit, že pedagogičtí pracovníci hrají zásadní roli nejen při identifikaci rizikového chování, ale i při jeho prevenci. Jejich empatický přístup, schopnost navázat důvěryhodný vztah s dítětem a poskytnout mu pocit bezpečí může zásadně ovlivnit úspěšnost intervence. Teoretická část tedy upozorňuje na nutnost přizpůsobit pedagogickou praxi individuálním potřebám dětí a na význam spolupráce mezi školou, rodinou a odbornými institucemi při podpoře jejich zdravého vývoje (Matoušek, 2015).

Empirická část

5 Průzkum důvodů umístění dívek do diagnostického ústavu

Empirická část této diplomové práce se věnuje analýze příčin vedoucích k umístění dospívajících dívek do diagnostických ústavů, přičemž jejím primárním cílem je komplexní identifikace a popis hlavních determinant ovlivňujících tento proces. Tato část se zaměřuje na zkoumání klíčových faktorů, mezi něž patří rodinné zázemí, psychosociální problémy a rizikové chování, které společně vytvářejí kontext rozhodovacího procesu o ústavní výchově.

Výzkum je postaven na kvalitativním designu, který umožňuje podrobněji porozumět životním příběhům a zkušenostem dívek. Použité metody zahrnují rozhovory s již zletilými dívkami, které si prošly pobytem v diagnostickém ústavu, a analýzu případových studií. Tyto metody poskytují cenné informace o vlivu rodinného prostředí, vztahových dynamik a individuálních problémů na rozhodovací procesy vedoucí k umístění do ústavní péče.

Empirická část práce usiluje o hlubší porozumění nejen konkrétním důvodům umístění, ale také širším souvislostem a dlouhodobým dopadům tohoto kroku na životní dráhu dívek. Získané poznatky mohou přispět k efektivnější prevenci, časně intervenci a cílené podpoře dívek, které se ocitají v podobně znevýhodněné situaci. Tyto výsledky mohou být užitečné pro odborníky v oblasti diagnostické a ústavní péče, ale i pro širší veřejnost zabývající se problematikou rizikového chování mládeže.

5.1 Cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce je analyzovat důvody vedoucí k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu pro mládež. Práce se soustředí na analýzu a popis vlivů, jako je rodinné zázemí, psychosociální obtíže a rizikové chování, které ovlivňují rozhodnutí o umístění dívek do ústavní péče. Hlavní cíl byl rozpracován do následujících dílčích cílů:

Analyzovat vliv rodinného zázemí na rozhodnutí o umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu, zejména s ohledem na dysfunkční rodinné vztahy, zanedbávání péče a socioekonomické faktory.

Identifikovat psychosociální problémy dívek, které přispěly k jejich umístění, včetně mentálního zdraví, problémů s vrstevníky nebo obtíží v sociální adaptaci.

Prozkoumat projevy rizikového chování, jako je užívání návykových látek, záškoláctví nebo agresivní chování, a jejich roli v rozhodovacím procesu o ústavní péči.

Předložit návrhy preventivních a intervenčních opatření, která by mohla přispět k minimalizaci umístění dívek do diagnostických ústavů a podpořit rodiny v krizi.

5.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka (HVO1) zní: **Jaké důvody vedou k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu pro mládež?** Tato výzkumná otázka je dále rozpracována do následujících dílčích výzkumných otázek:

DVO1: Jaké rodinné faktory ovlivňují rozhodnutí o ústavní péči?

DVO2: Jak se psychosociální problémy projevují u dívek před jejich umístěním?

DVO3: Jaké typy rizikového chování vedou k umístění do diagnostického ústavu?

DVO4: Jaký vliv má sociální prostředí na rozhodnutí o zařazení dívek do ústavní péče?

DVO5: Jak se dívkám daří adaptovat na běžný život po dosažení zletilosti?

5.3 Výzkumný soubor a kritéria výběru

Cílem bylo vybrat takové participantky, jejichž zkušenosti by poskytly užitečné poznatky pro další zkoumání a praxi v oblasti práce s dívkami v diagnostických ústavech. Výběr participantek byl záměrný, aby každá z nich splňovala kritéria odpovídající výzkumným cílům. Klíčovým aspektem bylo zajistit různost případů, a to z hlediska rodinného zázemí, psychosociálních problémů a důvodů vedoucích k jejich umístění. Tato různorodost umožňuje komparativní analýzu a demonstruje širší spektrum vlivů, které ovlivňují umístění do diagnostických ústavů.

Výzkumný vzorek tvoří pět dospívajících dívek, které si již prošly pobytem v diagnostickém ústavu a v době výzkumu čerstvě dosáhly zletilosti. Tyto dívky byly vybrány záměrně, protože již byly zařazeny do běžného chodu života a mohly reflektovat nejen svou zkušenost s diagnostickým ústavem, ale i svůj přechod do reálného prostředí mimo ústavní péči. Každá z dívek, označovaných jako M, K, A, N a V, reprezentuje jedinečný případ s různorodým rodinným zázemím a psychosociálními problémy, což poskytuje možnost detailní analýzy individuálních zkušeností i srovnání mezi jednotlivými případy.

Pro sběr dat byly využity dvě hlavní metody, a to případové studie a polostrukturované rozhovory. Případové studie zahrnovaly shromáždění dostupné dokumentace z diagnostického ústavu. Tyto dokumenty poskytly přehled o individuálních zkušenostech každé z dívek.

Polostrukturované rozhovory byly provedeny s každou participantkou za účelem získání hlubšího vhledu do jejich osobních zkušeností, vnímání pobytu v diagnostickém ústavu a následného vývoje. Rozhovory probíhaly až po dosažení zletilosti, kdy již dívky opustily ústavní péči a byly zařazeny do běžného života. Tento přístup umožnil zkoumat, jak reflektují své zážitky a jak se jim daří v procesu adaptace na samostatný život. Rozhovory byly zaznamenány, přepsány a analyzovány, což umožnilo identifikaci klíčových témat a souvislostí odpovídajících výzkumným otázkám.

Sběr dat probíhal systematicky v letech 2022-2024. V průběhu analýzy byly získané poznatky strukturovány do kazuistik, které detailně popisují individuální případy a poskytují podklady pro širší interpretaci výzkumného problému. Tento přístup umožňuje komplexní pohled na problematiku a poskytuje důležité informace pro další praxi v oblasti diagnostických ústavů a jejich podpory pro mladé dospělé po odchodu z ústavní péče.

Pro výběr výzkumného souboru byly stanoveny následující kritéria, která odpovídají cílům a dílčím výzkumným otázkám této studie. Dívky zařazené do výzkumu musely splňovat podmínku absolvování pobytu v diagnostickém ústavu v délce alespoň dvou měsíců. Tento minimální časový rámec byl zvolen proto, aby bylo možné hodnotit vliv ústavní péče na jejich psychosociální stav, chování a potřeby. Všechny participantky byly během svého pobytu ve věku 15 až 18 let, což odpovídá období adolescence, které je klíčové pro vývoj rizikového chování i jeho intervenci.

Pro zajištění variability výzkumného souboru byly dívky záměrně vybrány na základě různých důvodů umístění, zahrnujících užívání návykových látek, záškoláctví, krádeže, sebepoškozování, útoky z domova a problematické rodinné prostředí. Tato rozmanitost umožňuje lépe pochopit faktory, které přispívají k rozhodnutí o umístění do diagnostického ústavu, a zkoumat vliv jednotlivých příčin na potřeby dívek.

Výzkumný soubor zahrnuje dívky z různých rodinných prostředí, včetně neúplných rodin, pěstounské péče, dětských domovů a rodin s problematickými vztahy. Toto kritérium bylo stanoveno s cílem analyzovat vliv rodinného zázemí na chování dívek a jejich umístění do diagnostického ústavu.

Všechny participantky měly diagnostikované psychosociální obtíže, které byly identifikovány jako klíčový faktor pro jejich umístění do diagnostického zařízení. Zkoumání těchto obtíží pomáhá lépe porozumět specifickým terapeutickým a vzdělávacím potřebám dívek.

Rozhovory s dívkami probíhaly v době, kdy již dosáhly zletilosti a začaly se adaptovat na běžný samostatný život mimo ústavní péči. Tento přístup umožňuje zkoumat nejen jejich

zkušenosti z pobytu v diagnostickém ústavu, ale také výzvy, kterým čelí při přechodu do reálného prostředí. Z hlediska etických standardů bylo vyžadováno, aby každá dívka vyjádřila dobrovolný souhlas s účastí na výzkumu. Vzhledem k jejich zletilosti nebylo nutné zapojovat zákonné zástupce, což zaručilo plnou autonomii rozhodování participantek a respektovalo jejich právo na soukromí.

5.3.1 Charakteristika participantek

Klientka M: Klientka M byla přijata do diagnostického ústavu (dále DÚ) ve věku sedmnácti let na základě žádosti její matky. Důvodem žádosti bylo výrazné narušení rodinných vztahů, zejména konflikt s matkou, který vedl k eskalaci problémového chování klientky. Klientka ukončila pravidelnou docházku do školy a zapojila se do sexuální práce s cílem získat rychlé a snadné finanční prostředky.

Při nástupu do diagnostického ústavu nevykazovala klientka závažnou závislost na tvrdých drogách, avšak před svým přijetím absolvovala hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Hlavním důvodem této hospitalizace byly projevy sebepoškozování a opakované pokusy o sebevraždu, které zahrnovaly předávkování léky.

Tento případ zdůrazňuje komplexní charakter problémového chování klientky a potřebu multidisciplinárního přístupu při plánování intervencí zaměřených na stabilizaci jejího psychického stavu, řešení rizikového chování a podporu při návratu do vzdělávacího systému.

Klientka K: Klientka K byla přijata do DÚ ve věku šestnácti let, přičemž hlavním důvodem jejího umístění byly závažné problémy spojené s užíváním návykových látek, konkrétně pervitinu a marihuany.

Od raného dětství vyrůstala v nevyhovujícím rodinném prostředí, které neplnilo svou podpůrnou a výchovnou funkci. Matka o klientku nevykazovala dostatečný zájem ani péči, což vedlo k její výrazné sociální i vzdělávací zanedbanosti. Klientka přestala docházet do školy a trávila většinu času ve společnosti vrstevníků, s nimiž se často potulovala. V důsledku absence stabilního domova přespávala venku nebo v cizích bytech.

Tento případ ukazuje na nutnost intervence zaměřené na řešení závislostí, stabilizaci sociálního prostředí klientky a podporu jejího návratu do vzdělávacího procesu. Důraz je kladen na individuální přístup zahrnující terapeutickou práci, která by napomohla k překonání následků zanedbané péče a podporovala klientčinu sociální integraci.

Klientka A: Klientka A byla přijata do DÚ ve věku sedmnácti let. Hlavními důvody jejího umístění byly opakované kriminální aktivity a nadměrné užívání alkoholu. Klientka se pohybovala v nevhodné partě vrstevníků, která ji psychicky manipulovala a zneužívala. Tento vliv vedl k jejímu zapojení do rizikového chování, včetně účasti na loupežích, které organizoval její tehdejší partner.

Rodinné zázemí klientky bylo ovlivněno konflikty spojenými s novým partnerským vztahem jejího otce. Přestože měla s otcem dobrý vztah, jeho přítelkyně ji neakceptovala, což přispělo k narušení rodinné stability. Emoční vypětí způsobené těmito konflikty mohlo hrát roli v jejím rozhodování a chování.

Případ klientky A poukazuje na nutnost cílené intervence zaměřené na řešení negativních vlivů vrstevnické skupiny, posílení schopnosti zvládat psychické manipulace a budování zdravých vztahů. Součástí práce s klientkou by měla být i podpora při zlepšení rodinné dynamiky a zvládání emocionálních dopadů spojených s rodinnými konflikty.

Klientka N: Klientka N byla přijata do DÚ ve věku šestnácti let. V raném dětství přišla o oba rodiče, po jejichž úmrtí byla svěřena do pěstounské péče. Přestože pěstounská péče měla zajistit stabilní zázemí, klientka se v rodině necítila dobře ani v bezpečí. Pěstounský otec ji fyzicky týral, což vedlo k výraznému narušení jejího psychického stavu a důvěry ve vztazích.

V důsledku špatného rodinného prostředí klientka opakovaně utíkala z domova a nacházela útočiště u svého přítele. Ve chvíli, kdy jí bylo nabídnuto rozhodnutí mezi pobytem na internátě a umístěním do diagnostického ústavu, zvolila diagnostický ústav, aby nemusela víkendy trávit v pěstounské rodině.

Zkušenosti s užíváním návykových látek měla, avšak drogy nepředstavovaly hlavní faktor ovlivňující její životní situaci. Případ klientky N poukazuje na potřebu terapeutické podpory zaměřené na zpracování traumatu z pěstounské péče a posílení jejích schopností zvládat emocionální a sociální výzvy. Důležitou součástí intervence je vytvoření bezpečného prostředí, které umožní klientce rozvíjet zdravé vztahy a postupně znovu nabývat důvěru v okolní svět.

Klientka V: Klientka V byla přijata do DÚ ve věku sedmnácti let. Když jí byly tři roky, přišla o matku. Péče o ni se ujala matčina sestra, která však během dalších pěti let neovládala náročné požadavky na výchovu, což vedlo k umístění klientky do dětského domova.

Během dospívání se klientka velmi brzy setkala s užíváním pervitinu, který se stal pravidelnou součástí jejího života. Toto rizikové chování výrazně ovlivnilo její chování, které se stávalo neadekvátním a obtížně zvladatelným. Teta, která se snažila o opětovné převzetí

péče, ani školské zařízení nedokázaly situaci zvládnout, což vedlo k rozhodnutí o jejím umístění do diagnostického ústavu.

Případ klientky V zdůrazňuje komplexní povahu její situace, zahrnující ztrátu rodiče, neúspěšnou náhradní rodinnou péči a vývoj rizikového chování. Intervence v diagnostickém ústavu by se měla zaměřit na řešení závislosti na návykových látkách, podporu emocionální stability a rozvoj sociálních dovedností, které by jí pomohly zvládat náročné situace a usnadnily návrat do běžného života.

5.4 Etika výzkumu

Před zahájením výzkumu bylo klíčové zajistit dodržování všech etických zásad a pravidel, která chrání práva a důstojnost všech účastnic. Výzkum zahrnoval písemné získání informovaného souhlasu, který obeznámil participantky s cíli výzkumu, jeho průběhem a způsobem, jakým budou shromážděná data zpracována a použita.

Vzhledem k tomu, že všechny dívky zařazené do výzkumu byly zletilé, nebylo nutné získávat souhlas od jejich zákonných zástupců. Každé participantce bylo před výzkumem detailně vysvětleno, jakým způsobem bude výzkum probíhat, včetně očekávaných přínosů a možných rizik spojených s účastí. Bylo zdůrazněno, že účast je zcela dobrovolná a že participantky mohou kdykoli bez jakýchkoliv negativních důsledků odstoupit.

Pro zajištění anonymity a ochrany osobních údajů byly veškeré identifikační údaje nahrazeny pseudonymy. Jména, některé konkrétní údaje a výrazné markanty byly záměrně upraveny, aby nebylo možné žádnou z participantek identifikovat. Všechny citlivé informace byly uchovávány v zabezpečených zařízeních, ke kterým měl přístup pouze výzkumník. Zpracování a prezentace dat byly navrženy tak, aby byla plně zachována důvěrnost a respekt k soukromí participantek.

Dívky, které si prošly diagnostickým ústavem, patří do zranitelné skupiny, a proto bylo nezbytné zajistit, aby nebyly během výzkumu vystaveny žádnému psychickému ani fyzickému stresu. Při vedení rozhovorů byl kladen důraz na vytvoření bezpečného a podpůrného prostředí, které umožnilo účastnicím otevřeně sdílet své zkušenosti, názory a pocity.

Dodržování etických standardů bylo nezbytné pro zajištění transparentnosti, odpovědnosti a respektu vůči všem participantkám. Tento přístup byl základem pro úspěšné a etické provedení výzkumu, který si klade za cíl přispět k lepšímu porozumění problematice umístění dívek do diagnostických ústavů a jejich následného vývoje.

5.5 Metody výzkumu a zpracování dat

Design výzkumu byl zvolen tak, aby umožňoval detailní zkoumání důvodů vedoucích k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu a poskytoval nástroje pro analýzu vlivu ústavní péče na jejich mentální zdraví, sociální interakce a chování během pobytu. Kritériem volby designu bylo nastavení struktury, časového rámce a zajištění etických standardů, které umožní zachovat přirozenost výzkumných podmínek a zároveň zohlednit individuální potřeby participantek (Švaříček & Šed'ová, 2007; Hendl, 2005).

Pro tento výzkum byl zvolen kvalitativní design s využitím případových studií a polostrukturovaných rozhovorů, který umožňuje detailní analýzu sociálně a psychologicky složitých jevů v přirozeném kontextu. Případové studie byly zvoleny jako hlavní výzkumná metoda, protože poskytují komplexní vhled do individuálních příběhů dívek, jejichž zkušenosti jsou klíčové pro zodpovězení výzkumných otázek (Yin, 2018). Polostrukturované rozhovory doplňují případové studie tím, že umožňují hlubší pochopení osobních perspektiv dívek a jejich reflexi pobytu v ústavní péči (Creswell, 2014).

Případové studie slouží jako nástroj k analyzování příčin umístění, průběhu pobytu v diagnostickém ústavu a následného vývoje dívek. Tato metoda umožňuje zkoumat vybrané jevy v kontextu jejich přirozeného prostředí, což je klíčové pro porozumění specifickým potřebám dívek a identifikaci efektivních intervencí. Relevantní data byla získávána z dokumentace z diagnostického ústavu (Švaříček & Šed'ová, 2007).

Polostrukturované rozhovory probíhaly s dívkami po dosažení zletilosti, kdy již opustily diagnostický ústav a začaly se začleňovat do běžného života. Tento přístup umožnil reflektovat jejich zkušenosti a hodnotit vliv ústavní péče na jejich další vývoj. Rozhovory byly vedeny na základě připravené struktury, která však umožňovala flexibilní reakce na odpovědi participantek, což poskytovalo prostor pro hlubší zkoumání klíčových témat (Creswell, 2014; Hendl, 2005).

Zpracování dat probíhalo ve třech fázích: příprava, sběr, analýza a interpretace. V přípravné fázi byla definována kritéria výběru participantek a připraveny nástroje pro sběr dat. Sběr dat zahrnoval shromáždění dokumentace a vedení rozhovorů, přičemž byla zajištěna etická stránka výzkumu. Analýza dat se zaměřovala na identifikaci opakujících se témat, jejich srovnání mezi jednotlivými případy a interpretaci ve vztahu k výzkumným otázkám (Yin, 2018).

Tento přístup umožňuje propojit teoretické poznatky s praktickými zjištěními a nabízí detailní vhled do problematiky umístění dívek do diagnostických ústavů a jejich dalšího vývoje. Případové studie s polostrukturovanými rozhovory tak slouží jako nástroj nejen pro analýzu

konkrétních případů, ale také pro formulaci doporučení pro praxi (Hendl, 2005; Creswell, 2014).

5.5.1 Postup výzkumu a analýza dat

1. Příprava

V první fázi bylo vybráno pět klientek, které prošly diagnostickým ústavem. Kritéria pro výběr zajišťovala variabilitu životních zkušeností a důvodů pro umístění, aby bylo možné zachytit různé aspekty problematiky. Byly připraveny otázky pro polostrukturované rozhovory, jejichž struktura vycházela z předem definovaných výzkumných otázek (Creswell & Poth, 2018). Zároveň bylo klíčové zajistit souhlas respondentek s účastí ve výzkumu a jejich anonymizaci, což zahrnovalo pseudonymizaci všech osobních údajů.

1. Sběr dat

Sběr dat zahrnoval realizaci polostrukturovaných rozhovorů s vybranými klientkami, které probíhaly po jejich dosažení zletilosti. Rozhovory byly nahrávány, přepsány a následně podrobeny tematické analýze (Braun & Clarke, 2006). Tato fáze rovněž zahrnovala shromažďování dokumentace a záznamů z diagnostických ústavů, které poskytly doplňující informace k případovým studiím. Sběr dat byl realizován s důrazem na zachování etických principů a respekt k osobním zkušenostem participantek.

2. Analýza dat

Analýza dat probíhala prostřednictvím otevřeného kódování, které umožnilo identifikovat klíčová témata a vzorce v odpovědích respondentek (Braun & Clarke, 2006). Nejprve byla zkoumána jednotlivá témata v rámci každého případu, poté probíhalo porovnávání mezi případy za účelem nalezení společných faktorů a rozdílů. Závěrečnou fází analýzy byla syntéza zjištění z rozhovorů a případových studií. Tento postup umožnil vytvořit komplexní obraz o příčinách umístění dívek do diagnostických ústavů, jejich životních zkušenostech a vlivu ústavní péče na jejich další vývoj. Výsledky analýzy poskytly odpovědi na výzkumné otázky a zároveň vytvořily podklady pro formulaci doporučení pro praxi (Creswell & Poth, 2018).

3. Interpretace dat

Interpretace dat se zaměřila na lepší pochopení toho, co nás shromážděná data mohou naučit o životních cestách těchto klientek. Zkoumalo se, jak různé okolnosti a faktory ovlivňovaly jejich životy a jak se jednotlivé dívky vyrovnávaly se stejnými nebo podobnými situacemi. Důraz byl kladen na sociální, psychologické a další souvislosti, které mohly hrát důležitou roli.

5.6 Případové studie dívek

Každý případ reflektuje specifické okolnosti, které vedly k umístění do ústavu, od vlivu dysfunkčního rodinného zázemí, absence rodičovské péče, experimentování s drogami, až po kriminalitu a konflikty s autoritami. Analýza byla postavena na kombinaci dostupné dokumentace, psychologických vyšetření a dalších podkladů, přičemž klíčovou roli hrály terapeutické intervence zaměřené na stabilizaci a rehabilitaci klientek.

Současná literatura zdůrazňuje, že případové studie umožňují nejen hlubší pochopení individuálních osudů, ale také identifikaci rizikových a ochranných faktorů v prostředí diagnostických ústavů (Flyvbjerg, 2011; Merriam, 2015). Tyto poznatky jsou zásadní pro zlepšení diagnostických a terapeutických procesů. Například práce Hennink et al. (2020) ukazuje na význam kvalitativního přístupu při práci s traumatizovanými jedinci, zejména pokud jde o propojení teoretického rámce s individuálními intervencemi.

Případové studie zpracované v této práci poskytují cenné podněty pro pochopení toho, jak se individuální a environmentální faktory prolínají v životech dívek v diagnostických ústavech. Tato metoda tak nejen dokumentuje jejich příběhy, ale nabízí i podklad pro zkvalitnění intervenčních přístupů a zlepšení systému péče o ohroženou mládež.

5.6.1 Klientka V.

Před nástupem do diagnostického ústavu

Městský úřad, jako poručník nezletilé, podal návrh na přemístění klientky do jiného zařízení v rámci výkonu ústavní výchovy. Tento návrh byl odůvodněn dlouhodobě problematickým chováním klientky, které eskalovalo v prostředí dětského domova, kde byla dosud umístěna. V září 2022 zahájila studium na střední škole, avšak počáteční zlepšení chování bylo pouze krátkodobé a následně došlo k výraznému zhoršení. Klientka si stěžovala na nespokojenost se školou a na omezující pravidla v dětském domově, přičemž projevovala

touhu po větší volnosti. Od ledna 2023 byl klientce zajištěn pobyt na internátu jako pokus o zvýšení její samostatnosti. Již během prvního týdne však vykazovala různé přestupky proti pravidlům internátu. Opakovaně trávila volný čas mimo povolené prostory a pohybovala se po městě bez vědomí vychovatelů. Během namátkových testů na přítomnost návykových látek byla klientka opakovaně pozitivní na THC a kokain, později přiznala experimentování s pervitinem a psychedelickými lysohlávkami. V březnu 2023 byla podmíněčně vyloučena ze školy s uloženou zkušební dobou kvůli šikaně spolužačky. Na základě následné případové konference bylo rozhodnuto, že v případě dalšího pozitivního testu na drogy bude klientka přemístěna do jiného zařízení. S ohledem na opakované užívání omamných a psychotropních látek a neschopnost přizpůsobit se podmínkám dětského domova bylo rozhodnuto o jejím umístění do diagnostického ústavu.

Odůvodnění umístění

K přemístění klientky přispěla její neschopnost dodržovat pravidla a rizikové chování, které ohrožovalo nejen její osobní rozvoj, ale i bezpečnost jejího okolí. Dětský domov již nemohl zajistit adekvátní podmínky pro stabilizaci její situace. Diagnostický ústav byl vybrán jako vhodné prostředí pro komplexní zhodnocení a navržení dalšího postupu v rámci péče o klientku.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření odhalilo, že klientka disponuje průměrnou intelektovou úrovní, avšak její emoční stabilita je výrazně narušena. Byla diagnostikována jako úzkostná, nejistá a přecitlivělá na kritiku, přičemž vykazuje silnou potřebu sociálního přijetí. Touha být vnímána pozitivně byla patrná i v průběhu diagnostiky.

Maladaptivní chování klientky lze přičíst opakovaným raným ztrátám blízkých osob, absenci stabilních vztahových vzorů a dlouhodobě nestabilnímu rodinnému prostředí. Tato kombinace faktorů přispěla k rozvoji rizikového chování, které se projevovalo užíváním návykových látek, porušováním pravidel a konflikty s autoritami.

Vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu

Během pobytu v diagnostickém ústavu klientka deklarovala zájem pokračovat ve specializovaném programu na oddělení pro dobrovolné pobyty i po dosažení zletilosti. Tento postoj svědčí o její ochotě pracovat na své situaci a využít nabízených podpůrných služeb ke zlepšení své životní perspektivy.

5.6.2 Klientka M.

Před nástupem do diagnostického ústavu

Matka klientky M podala žádost o její umístění do diagnostického ústavu poté, co jejich vztah dospěl do kritického bodu. Klientka přestala docházet do školy a začala se věnovat prostituci s cílem rychlého finančního zajištění. Ačkoli užívání návykových látek nebylo při jejím nástupu do zařízení klíčovým problémem, její anamnéza zahrnovala hospitalizace v psychiatrické léčebně z důvodu sebepoškozování a opakovaných suicidálních pokusů, při kterých docházelo k předávkování medikací.

Rodinné prostředí klientky bylo značně destabilizující. Otec v její výchově zcela absentoval a vztah s matkou byl charakterizován dlouhodobými konflikty. Chybějící podpůrné zázemí a narušená komunikace pravděpodobně přispěly k rozvoji rizikového chování, včetně nezájmu o vzdělání, sebepoškozování a zapojení do rizikových aktivit.

Zlom v chování klientky nastal v době, kdy se seznámila s mužem, který na ni měl podle matky negativní vliv. Tento jedinec byl zapojen do trestné činnosti, užíval návykové látky a neměl stabilní zázemí. Klientka často opouštěla domov, přespávala na ulici či v opuštěných domech a vykazovala destruktivní chování. Na jaře 2023 jí byla diagnostikována smíšená porucha chování a emoční nestabilita. Po několika měsících byla hospitalizována kvůli dalšímu suicidálnímu pokusu.

Odůvodnění umístění

Matka podala návrh na nařízení ústavní výchovy a požádala o předběžné opatření, kterým byla klientka umístěna do diagnostického ústavu v srpnu 2023. Tento návrh byl podložen dlouhodobými výchovnými problémy klientky, jejími konflikty s autoritami, absencí školní docházky a sebepoškozováním. Soud vyhověl návrhu s odůvodněním, že klientka potřebuje odbornou pomoc a strukturované prostředí, které dětský domov ani rodinné zázemí nemohly poskytnout.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření klientky M ukázalo intelektovou úroveň na dolní hranici průměru, avšak s nadprůměrnými schopnostmi v abstraktním myšlení a logickém uvažování. Během testování klientka pracovala samostatně, rychle a při nejasnostech dokázala vyhledat radu, což svědčí o schopnosti adaptace na nové situace.

Osobnostně byla klientka nevyhraněná mezi introverzí a extroverzí, přičemž její chování se měnilo v závislosti na složení skupiny a okolnostech. Byla popisována jako dominantní, spontánní a ochotná riskovat, což však často vedlo k překračování hranic rizikového chování. Zároveň vyjadřovala nespokojenost se svým tělem, což mohlo ovlivňovat její sebevnímání a

rozhodování. Vztah k autoritám byl překvapivě pozitivní, klientka je respektovala a dokázala s nimi efektivně spolupracovat.

Vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu

Během pobytu v diagnostickém ústavu byla klientka zařazena do terapeutických intervencí a vzdělávacích programů, jejichž cílem bylo stabilizovat její emoční zdraví a snížit rizikové chování. Po určité době bylo zaznamenáno zlepšení v jejím přístupu k autoritám a snaha o opětovné začlenění do vzdělávacího systému. Klientka také deklarovala zájem pokračovat ve specializovaném programu diagnostického ústavu formou dobrovolného pobytu po dosažení zletilosti, což naznačuje její ochotu pracovat na osobním rozvoji a přijmout odbornou pomoc.

5.6.3 Klientka K.

Před nástupem do diagnostického ústavu

Klientka K byla umístěna v roce 2022 do diagnostického ústavu v šestnácti letech z důvodu závislosti na pervitinu a marihuaně. Od raného dětství vyrůstala v destabilizujícím rodinném prostředí, kde chyběla rodičovská péče a podpora. Matka klientky se o ni nedokázala adekvátně starat, což vedlo k tomu, že K trávila většinu času mimo domov, často přespávala u přátel, na ulici nebo v cizích bytech.

Absence stabilního rodinného zázemí výrazně přispěla k rozvoji rizikového chování, včetně užívání návykových látek, absence školní docházky a pohybování se v rizikové skupině vrstevníků. Závislost na drogách a životní styl spojený s potulováním se mimo domov zásadně ovlivnily každodenní život klientky a ohrožily její osobní rozvoj.

Odůvodnění umístění

Návrh na umístění klientky do ústavní výchovy podala její matka se souhlasem otce. Rodiče přiznali, že již nejsou schopni zvládat výchovu klientky ani zabránit jejímu rizikovému chování. Klientka byla v té době vyloučena ze školy pro dlouhodobou absenci a nespolupracovala ani s úřadem práce, což vedlo k jejímu vyřazení z evidence nezaměstnaných.

Dalším důvodem pro návrh na umístění do ústavní výchovy byla klientčina neschopnost dodržovat pravidla, vulgární a agresivní chování vůči matce a zapojení do trestné činnosti, jako byly drobné krádeže. Navzdory těmto skutečnostem klientka odmítala jakékoli formy pomoci, včetně pobytu v diagnostickém ústavu, a zpochybňovala jeho přínos pro svou situaci. Soudní rozhodnutí o jejím umístění do diagnostického ústavu bylo motivováno nutností zajistit bezpečné a strukturované prostředí, které by mohlo přispět k její stabilizaci.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření odhalilo, že klientka disponuje průměrnou intelektovou úrovní, avšak zcela postrádá motivaci k osobnostnímu či profesnímu růstu. Její přístup k životu byl hodnocen jako materialistický a zaměřený na okamžité uspokojení vlastních potřeb. Klientka přiznala, že je si vědoma svého agresivního a destruktivního chování, avšak snaží se je korigovat.

Osobnostní charakteristika klientky zahrnovala neschopnost navazovat kvalitní mezilidské vztahy. Byla popsána jako osoba inklinující ke komunitám na okraji společnosti, kde se cítila přijímána a nepociťovala méněcennost. Tyto komunity však podporovaly její rizikové chování a absenci osobní zodpovědnosti.

Vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu

Během pobytu v diagnostickém ústavu se terapeutické intervence zaměřily především na léčbu závislosti na návykových látkách a na stabilizaci chování klientky. Postupem času bylo zaznamenáno zlepšení v jejím vztahu k autoritám, což naznačuje zvýšenou schopnost respektovat pravidla a spolupracovat. Klientka rovněž začala vykazovat snahu o návrat ke stabilnějšímu životnímu stylu, přičemž hlavním cílem terapeutických intervencí zůstávalo obnovení její motivace k osobnímu rozvoji a zapojení do vzdělávacího systému.

5.6.4 Klientka A.

Před nástupem do diagnostického ústavu

Klientka A byla umístěna v roce 2023 do diagnostického ústavu v sedmnácti letech z důvodu opakované kriminální činnosti a nadměrného požívání alkoholu. Klientka se pohybovala v partě vrstevníků, kteří na ni měli negativní vliv, často ji psychicky manipulovali a využívali. Její problematické chování bylo rovněž ovlivněno konflikty v rodinném prostředí, které eskalovaly poté, co si její otec našel novou partnerku. Ačkoli klientka měla s otcem blízký vztah, neakceptace ze strany jeho nové přítelkyně přispěla k pocitu odcizení a neschopnosti začlenit se do rodinného prostředí.

V reakci na rodinné problémy hledala klientka přijetí mimo domov, což ji vedlo k asociálním aktivitám a zapojení do kriminálních činů. Pod vlivem vrstevníků se začala účastnit drobných krádeží a nadměrné konzumace alkoholu, což dále zhoršilo její mentální zdraví a prohloubilo rizikové chování. Manipulativní vztahy v rámci skupiny přispěly k její emoční nestabilitě a ztrátě schopnosti sebekontroly.

Odůvodnění umístění

Klientka byla do diagnostického ústavu umístěna na základě předběžného opatření z důvodu stupňujících se výchovných problémů. V péči otce, která trvala od roku 2017, opakovaně porušovala pravidla, neprojevovala respekt k jeho autoritě a byla řešena Policií ČR za krádeže. Současně byla klientka zapletena do vztahů s dospělými osobami, které ji zneužívaly pro vlastní prospěch. Tyto faktory vedly k ohrožení jejího zdraví, osobního rozvoje a bezpečnosti.

Pobyt v diagnostickém ústavu byl zvolen jako prostředek k zajištění ochrany klientky, stabilizace její situace a nastavení individuálního terapeutického plánu, který by pomohl eliminovat rizikové faktory ovlivňující její chování.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření ukázalo, že klientka disponuje podprůměrnou intelektovou úrovní a vykazuje nízké schopnosti v oblasti logického myšlení a abstraktního uvažování. Byla popsána jako emočně labilní s tendencí k intenzivnímu prožívání i relativně drobných událostí. Její emocionální reaktivita zahrnovala zvýšenou lítostivost a impulzivní reakce, které ztěžovaly její schopnost zvládat stresové situace.

Osobnostní charakteristika klientky zahrnovala uzavřenost, tendenci řešit problémy o samotě nebo v úzkém kruhu známých. Nebyla orientována na to, aby upoutávala pozornost, avšak v přítomnosti cizích lidí byla stísněná, nedůvěřivá a rezervovaná. Klientka byla velmi citlivá na kritiku a snadno podléhala vlivu druhých, zejména pokud ji vnímala jako empatické nebo pečující osoby.

Vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu

V diagnostickém ústavu se terapeutické intervence zaměřily na posílení klientčina sebevědomí, zlepšení schopností zvládat stres a podporu sociálních interakcí. Edukační programy měly za cíl snížit rizikové chování a zlepšit její přístup k pravidlům a autoritám. Postupem času bylo zaznamenáno zlepšení v klientčině chování, zejména v oblasti komunikace a vztahů s ostatními. Pobyt v zařízení pomohl vytvořit základ pro návrat ke stabilnějšímu životnímu stylu a lepší začlenění do společnosti.

5.6.5 Klientka N.

Před nástupem do diagnostického ústavu

Klientka N byla umístěna v roce 2022 do diagnostického ústavu v důsledku dlouhodobých problémů vycházejících z její traumatické minulosti. Po ztrátě obou rodičů v dětství byla svěřena do pěstounské péče, kde však čelila fyzickému týrání ze strany pěstounského otce.

Tento nepříznivý rodinný kontext měl zásadní vliv na její psychický stav a chování, přičemž absence stabilního a bezpečného prostředí vedla k rozvoji rizikového chování, jako byly útky z domova a experimentování s návykovými látkami.

Klientka se rozhodla pro umístění do diagnostického ústavu namísto internátu, aby se vyhnula pravidelným víkendovým návratům do pěstounské rodiny, kde se necítila bezpečně. Tato volba odráží její snahu o nalezení prostředí, které by poskytovalo větší pocit bezpečí a stability. Hlavními projevy jejího rizikového chování byly opakované útky z domova a trávení času s přítelem mimo dohled pečovateli. Zkušenosti s návykovými látkami byly v jejím případě spíše okrajové a nepředstavovaly dominantní problém.

Odůvodnění umístění

Na základě zahájení řízení o péči nezletilé rozhodl okresní soud o vydání předběžného opatření, kterým byla klientka umístěna do diagnostického ústavu. K tomuto kroku došlo na základě žádosti pěstounky, která požádala o zrušení poručenské péče kvůli narušeným vztahům s klientkou a neschopnosti zvládnout její chování. Pěstounka ztratila důvěru v klientku po jejím svévolném odchodu z domova, přičemž nebyla dále ochotna ani schopna poskytovat výchovnou péči.

Klientka uváděla, že hlavní příčinou odchodu z pěstounské domácnosti byly časté konflikty, tresty a nepříznivá atmosféra, které v ní vyvolávaly pocit ohrožení a nedostatečné přijetí. Předběžné opatření bylo nařízeno s ohledem na blížící se zletilost klientky, přičemž diagnostický ústav měl zajistit její bezpečnost a připravit ji na přechod do samostatného života.

Psychologické vyšetření

Psychologické vyšetření ukázalo, že klientka je osobnostně extrovertní, avšak emočně labilní, s tendencí k úzkostnému prožívání a snadné ovlivnitelnosti. Byla hodnocena jako citlivá na kritiku a s nízkými ambicemi, což pravděpodobně souvisí s její traumatickou minulostí a nestabilním vztahovým zázemím.

Klientka vykazovala prudké reakce na stresové situace a byla závislá na podpoře druhých osob. Závažnější projevy výchovných problémů nebyly identifikovány, přesto bylo zřejmé, že její chování ovlivnila opakovaná separace od pečujících osob a pocit nepřijetí v rámci rodinného prostředí.

Vývoj během pobytu v diagnostickém ústavu

Během pobytu v diagnostickém ústavu se terapeutické intervence zaměřily především na zvládání traumatu, které klientka utrpěla v dětství, a na zlepšení jejích sociálních dovedností. Edukační a terapeutické programy pomohly klientce stabilizovat její emoční prožívání a zlepšit schopnost zvládat stresové situace.

Postupem času bylo patrné zlepšení její stability a adaptace na podmínky zařízení. Pobyt v diagnostickém ústavu poskytl klientce potřebnou podporu a bezpečné prostředí, které jí umožnilo lépe čelit výzvám spojeným s přechodem do samostatného života.

5.7 Analýza případových studií

Tato podkapitola se zaměřuje na analýzu jednotlivých případových studií klientek. Cílem je identifikovat společné vzorce a klíčové rozdíly mezi jejich životními situacemi, důvody umístění, reakcemi na pobyt v ústavu a jejich dalším vývojem.

5.7.1 Společné rysy mezi klientkami

Nestabilní rodinné prostředí: Všechny analyzované klientky pocházejí z dysfunkčního rodinného prostředí, které zahrnovalo konflikty, zanedbávání, fyzické násilí nebo ztrátu rodičů. Tyto faktory se ukázaly jako rozhodující pro rozvoj rizikového chování a potřebu intervence.

Rizikové chování: Klientky vykazovaly široké spektrum rizikového chování, od útěků z domova, šikany a kriminální činnosti po užívání návykových látek a sebepoškozování.

Psychické obtíže: Všechny klientky měly problémy s emoční stabilitou, úzkosti nebo depresi. Jejich psychické zdraví bylo ovlivněno nejen rodinným prostředím, ale i vlastními zážitky a reakcemi na stresové situace.

Pozitivní vliv ústavní péče: Všechny klientky, bez ohledu na počáteční odpor k pobytu v diagnostickém ústavu, později reflektovaly jeho pozitivní vliv na jejich stabilizaci a zvládání emocí.

5.7.2 Klíčové rozdíly mezi klientkami

Individuální charakteristiky:

Klientka A: Projevovala silné propojení s vrstevníky a poddávala se jejich vlivu, což vedlo ke kriminální činnosti.

Klientka N: Její rizikové chování bylo reakcí na trauma z fyzického týrání a ztráty rodičů.

Klientka K: Byla silně ovlivněna závislostí na návykových látkách a nefunkčním rodinným prostředím.

Klientka M: Vykazovala extrémní emoční nestabilitu, sebepoškozování a zapojení do prostituce.

Klientka V: Byla charakterizována jako sociálně přizpůsobivá, ale snadno ovlivnitelná a se sklony k užívání návykových látek.

Reakce na pobyt v ústavu:

Klientka A a K: Pozitivní změny byly pomalejší, vyžadovaly delší čas na adaptaci.

Klientka M a N: Prošly rychlejší stabilizací, ale jejich dlouhodobé zvládání stresu zůstává problematické.

Klientka V: Dokázala rychleji akceptovat pravidla a navázat pozitivní vztahy s personálem.

5.7.3 Analýza ústavní péče a její efektivity

Terapeutické programy: Programy zaměřené na zvládání emocí, stresu a návykových látek byly klíčové pro většinu klientek. Individuální terapie byla efektivní zejména pro *klientky N a M*, které potřebovaly zpracovat traumatické zážitky.

Sociální interakce: Kvalitní vztahy s personálem a ostatními klientkami pomohly zlepšit sebevědomí a zvládání konfliktních situací. Klientky s nižší schopností adaptace (např. *klientka K*) těžily z dlouhodobé podpory a strukturovaného prostředí.

Reintegrace do společnosti: Všechny klientky čelily obtížím při přechodu z ústavní péče do samostatného života. Největšími překážkami byly hledání bydlení, zaměstnání a nedostatečná podpora při adaptaci na nové prostředí.

Případové studie ukazují, že efektivita diagnostického ústavu spočívá v poskytování komplexní podpory zahrnující terapeutické, vzdělávací a sociální programy. Největší výzvou zůstává zajištění kontinuální podpory po odchodu z ústavu, která by pomohla klientkám překonat přechod do samostatného života a stabilizovat jejich situaci v dlouhodobém horizontu.

5.8 Kódování rozhovorů s dívkami po dovršení zletilosti

Tato kapitola se zaměřuje na otevřené kódování rozhovorů s klientkami, které po dovršení zletilosti opustily diagnostický ústav. Otevřené kódování představuje první fázi analýzy kvalitativních dat, kdy jsou textová data rozčleněna na jednotlivé kódy, které reprezentují klíčové myšlenky a témata (Saldana, 2021). Tento proces umožňuje systematicky identifikovat základní vzorce a koncepty v odpovědích respondentek. Proces otevřeného kódování probíhalo ve třech hlavních krocích:

Přepis a příprava dat

Rozhovory byly nejprve doslovně přepsány, aby byla zachována autentičnost výpovědí respondentek. Přepsané texty byly následně rozděleny na menší části, jako jsou věty nebo odstavce, které obsahovaly jeden konkrétní myšlenkový celek.

Identifikace významových jednotek

V každé části textu byly identifikovány klíčové významové jednotky – slova, fráze nebo myšlenky, které byly považovány za relevantní pro výzkumnou otázku. Tyto jednotky byly označeny kódy, které stručně popisovaly jejich obsah. Například odpovědi týkající se vztahů v rodině mohly být.

Tematické oblasti pro kódování rozhovorů:

1. **Rodinné zázemí** – Dynamika rodinného prostředí a jeho vliv na vývoj respondentek.
2. **Vztahy s rodiči a sourozenci** – Kvalita vztahů s blízkými a jejich role v životě klientek.
3. **Důvody umístění do DÚ** – Okolnosti a klíčové faktory vedoucí k rozhodnutí o ústavní péči.
4. **První dojmy při nástupu do DÚ** – Emoce a vnímání situace při příchodu do ústavu.
5. **Zkušenosti během pobytu v DÚ** – Reflexe každodenního života a pravidel v zařízení.
6. **Dopady na psychické zdraví** – Vliv pobytu v ústavu na mentální a emoční stav klientek.
7. **Efektivita terapeutických a vzdělávacích programů** – Hodnocení přínosu nabízených intervencí.
8. **Vztahy v rámci ústavu** – Interakce s ostatními dívkami a personálem.
9. **Zkušenosti po opuštění DÚ** – Klíčové události a výzvy po dosažení zletilosti.
10. **Začlenění do společnosti** – Proces adaptace na samostatný život mimo ústav.
11. **Překážky během přechodu do dospělosti** – Faktory komplikující začátek samostatného života.
12. **Podpora po odchodu z DÚ** – Dostupnost a kvalita podpůrných služeb.
13. **Návrhy na zlepšení ústavní péče** – Perspektiva klientek na možné změny v systému péče.
14. **Zvládání rizikového chování** – Způsoby, jakým klientky překonávají problematické návyky a chování.
15. **Aktuální životní situace** – Současné okolnosti a vyhlídky na budoucnost

Tabulka 1: Otevřené kódování

Tematické oblasti	Klientka A	Klientka N	Klientka K	Klientka M	Klientka V
Rodinné zázemí	Konfliktní prostředí, absence respektu	Nestabilní prostředí, fyzické násilí od pěstouna	Chaotické zázemí, zanedbávání ze strany matky	Napjaté vztahy, přetrvávající konflikty s matkou	Dysfunkční, střídání pečujících osob, úmrtí matky

Vztahy s rodiči a sourozenci	Komplikovaný vztah s otcem a jeho partnerkou, špatný vztah s matkou	Nepřijetí ze strany pěstounské rodiny	Negativní vztahy s matkou	Konfliktní vztah s matkou, absence otce	Složitá komunikace s tetou, kritika, nedostatek podpory
Důvody umístění do DÚ	Kriminální činnost, vliv rizikového kamaráda, narušené rodinné vztahy	Útěky z domova, fyzické násilí	Závislost na návykových látkách, neplnění školních povinností	Zapojení do prostituce, sebepoškozování, suicidální pokusy	Užívání návykových látek, neschopnost pečujících zvládnout situaci
První dojmy při nástupu do DÚ	Pocit strachu, odporu a smutku	Úleva smíšená s obavami z neznámého prostředí	Zmatení a nejistota	Beznaděj, ztráta orientace	Šok, izolace, dezorientace
Zkušenosti během pobytu v DÚ	Pozitivní zkušenosti, přijetí od klientek i personálu, pocit jistoty	Náročné, ale stabilizující	Přísný režim, ale podpůrný přístup	Strukturované prostředí, postupně vnímané pozitivně	Bezpečné a podporující prostředí
Dopady na psychické zdraví	Zlepšení duševního stavu díky podpoře personálu	Stabilizace, lepší zvládání úzkosti	Zvládání stresu, postupné zlepšení	Zlepšení emoční stability	Stabilizace a lepší zvládání psychických obtíží
Efektivita programů	Efektivní terapeutické programy, vzdělávání v sexuální výchově a matematice	Účinné intervence zaměřené na zvládání traumatu	Programy cílené na zvládání závislosti	Programy na zvládání stresu a emocí	Programy podporující zvládání závislosti
Vztahy v rámci ústavu	Harmonické vztahy s klientkami i personálem	Dobré vztahy	Převážně pozitivní interakce	Postupné zlepšování vztahů	Konstruktivní a podporující vztahy
Zkušenosti po odchodu z DÚ	Nejistota, strach ze samostatnosti	Obtížná adaptace, hledání práce a bydlení	Obtížné začlenění do společnosti	Problémy při začlenění do běžného života	Hledání místa v rámci společnosti
Začlenění do společnosti	Problémy se stigmatizací a předsudky	Obtížné navazování důvěry	Nedostatečná podpora ze strany rodiny	Postupná adaptace	Adaptace na nové sociální prostředí

Překážky při přechodu	Žádné výrazné obtíže	Hledání stabilního bydlení a zaměstnání	Obtíže při hledání bydlení a práce	Nedostatečná podpora při osamostatnění	Hledání vhodného zázemí
Podpora po odchodu	Kontakt s personálem, ale absence finanční podpory	Pomoc od přítele a jeho rodiny	Podpora od neziskových organizací	Nepotřebovala dodatečnou podporu	Nedostatek externí podpory
Návrhy na zlepšení péče	Systém hodnocen pozitivně	Zvýšení dostupné podpory	Individuální přístup k potřebám klientek	Dlouhodobá podpora po opuštění zařízení	Lepší příprava na život po ústavní péči
Zvládání rizikového chování	Omezení kontaktu s rizikovými osobami	Stabilizace, lepší zvládání stresových situací	Úspěšné zvládání návyků a stresu	Absence sebepoškozujícího chování, zvládání emocí	Úplné omezení užívání návykových látek
Aktuální situace	Ukončení vzdělání, hledání práce	Stabilní zaměstnání a bydlení	Získání zaměstnání, stabilizované bydlení	Zaměstnání, stabilní situace	Probíhající hledání bydlení

Poznámka: Data jsou převzata z vlastních přepsaných rozhovorů s respondentkami

Rodinné zázemí klientek před umístěním do diagnostického ústavu bylo často velmi problematické a nestabilní. **Klientka A** popisovala své rodinné prostředí jako plné nenávisti a konfliktů, kde chyběl respekt a pochopení mezi ní a jejími rodiči - „*Moje rodinné prostředí bylo velmi napjaté. Se svojí matkou už jsem měla velmi špatný vztah, neustále jsme se hádaly. Otec nebyl v mém životě přítomen, což situaci ještě o dost zhoršilo.*“ **Klientka N** zažila nestabilní prostředí s fyzickým týráním ze strany pěstounského otce. Podobně **klientka K** vyrůstala v chaotickém prostředí, kde ji matka zanedbávala. **Klientka M** měla napjatý a konfliktní vztah s matkou, přičemž otec nebyl přítomen. **Klientka V** také zažila velmi toxické prostředí, kdy matka zemřela, a střídala různá místa pobytu, včetně dětského domova a péči příbuzných, kteří si s ní nevěděli rady – „*Tak moje rodinné prostředí bylo toxické, rodina mě nerespektovala, skončila jsem kvůli nim na psychárně a v různých ústavech. Máma umřela, pak jsem byla s babi, pak u tety, pak u strejdy a od strejdy jsem šla do ústavů.*“

Vztahy mezi klientkami a jejich rodiči a sourozenci byli také značně problematické. **Klientka A** měla špatný vztah s matkou, konfliktní vztah s otcem a jeho přítelkyní, a odcizený

vztah s bratrem. Jedině vztah se sestrou byl relativně lepší. **Klientka N** měla špatný vztah s matkou a rovněž žádné sourozence – „*Moji rodiče umřeli, když jsem byla malá, proto mě dali do pěstounský péče. Tam to bylo ze začátku dobrý, ale potom jsem se tam už necítila bezpečně, protože mě hlavně můj pěstounský otec začal fyzicky týrat.*“ **Klientka M** zmínila konfliktní vztah s matkou, přičemž otec nebyl v jejím životě přítomen a také neměla sourozence – „*Matka se o mě nestarala, neměla jsem s ní dobrou vztah a nemám ani teď. Sourozence nemám, byla jsem většinou sama.*“ **Klientka V** měla složité vztahy se svou tetou, kde byla často kritizována a nerespektována, i se svými příbuznými, kteří ji vychovávali po smrti matky.

Důvody umístění klientek do diagnostického ústavu byly různé. **Klientka A** byla umístěna do DÚ kvůli krádežím a špatnému vlivu kamaráda, přičemž rodiče doufali ve zlepšení jejich vztahu – „*Protože jsem doma kradla. Chtěli mě zbavit mého tehdy nejlepšího kamaráda, teď už je to minulá minulost a doufám, že už se to nikdy nevrátí, ten člověk do mého života. To jsem pochopila až po diagnostiku. Chtěli taky zlepšit vztah se mnou, abych pochopila, že to každý nemá v životě tak jednoduchý, jako jsem měla já. Chtěla abych si víc vážila toho, co mám doma.*“ **Klientka N** utíkala z domova kvůli fyzickému týrání a volila mezi internátem a diagnostickým ústavem. **Klientka K** zde byla umístěna kvůli závislosti na drogách, zanedbávání školní docházky a potulování se s kamarády. **Klientka M** se dostala do diagnostického ústavu kvůli prostituci, sebepoškozování a pokusům o sebevraždu, a také kvůli konfliktům s matkou – „*Hlavním důvodem bylo asi to, že jsem se chtěla předávkovat práškama. Přestala jsem chodit do školy a začala jsem si vydělávat.*“ **Klientka V** byla umístěna do diagnostického ústavu kvůli závislosti na drogách a neschopnosti příbuzných zvládnout jejich chování – „*Začala jsem brát drogy v 15–16 letech, do diagnostiku jsem přijela z děčáku, připadalo mi to tam hodně luxusní. V děčáku mi to řekli jen den předem. Nechtěli abych utekla.*“

Pocity klientek při příjmu do diagnostického ústavu byly často negativní a plné strachu. **Klientka A** se cítila vyděšeně, zmateně a beznadějně, zatímco **klientka N** zažívala úlevu a strach z neznámého prostředí. **Klientka K** popisovala zmatení a ztracenost – „*Cítila jsem se hrozně zmateně a ztraceně, když jsem byla přijata do ústavu.*“ **Klientka V** vypověděla, že byla také lehce zmatená, když byla přemístěna do ústavu. Zde se ze začátku cítila izolovaná – „*U příjmu do DÚ jsem nebyla úplně v šoku, jen kvůli telefonu, to jsem nevzala dobře, že ho budu mít tak málo oproti děčáku.*“

Pobyt v diagnostickém ústavu měl na klientky různé dopady. První klientka popisovala svůj pobyt jako pozitivní zkušenost, kde si vytvořila dobré vztahy s ostatními klientkami i personálem a cítila se zde jako doma. **Klientka N** vnímala pobyt jako náročný, ale

stabilizující, přičemž terapeutická sezení jí dost pomohla – „*Pobyt byl ze začátku náročnej, ale docela se mi ulevilo, že jsem pryč z té rodiny. Jak jsem už řekla, pravidla tam byla docela přísný a hodně se tam dbalo na terapeutické sezení, což se mi nejdřív nelíbilo, ale potom mi to pomohlo se lépe vypořádat s tím, co jsem zažila.*“ **Klientka K** považovala pobyt za přísný, ale pomáhající, a **klientka M** zmínila, že strukturované prostředí zpočátku vadilo, ale postupně se její pohled zlepšil – „*Na začátku mi vadilo, že je pobyt přísněj. Myslím tím, že jsou jasně daná pravidla a hodiny, ve kterých jsou jasně dané programy. Postupem času jsem si ale zvykla a začala chápat, že mi to může i pomoci. Terapeutické programy mi pomohly lépe zvládat své emoce.*“ **Klientka V** se nejprve cítila izolovaná, ale postupem času si zvykla a začala vnímat ústav jako bezpečné prostředí, kde mohla pracovat na svých problémech.

Vliv pobytu v ústavu na psychické zdraví byl pro všechny klientky pozitivní. První zmiňovaná klientka uvedla, že se její psychické zdraví výrazně zlepšilo díky podpoře personálu – „*Ten mě vyléčil. To zdraví bylo dost pochroumaný, všichni mi tam ale pomohli, i paní psychologka T*“ **Klientka N** zažila stabilizaci a zlepšení svého psychického zdraví, a **klientka K** se naučila lépe zvládat stres a postupně se stabilizovat. **Klientka M** dokonce přestala se sebeпоškozováním a naučila se lépe zvládat své emoce. **Klientka V** se také psychicky stabilizovala a začala se lépe vyrovnávat s úzkostmi a emoční nestabilitou.

Terapeutické a vzdělávací programy absolvované klientkami v ústavu byly také různé. **Klientka A** zmínila psychologické testy, terapeutické programy a vzdělávací předměty jako sexuální výchovu, matematiku nebo češtinu. **Klientka N** se zaměřila na terapeutické programy, které se věnovaly traumatu a vzdělávací programy na dohnání školní látky. **Klientka K** absolvovala programy na zvládání závislosti a stresu – „*Absolvovala jsem programy zaměřené na závislost a zvládání stresu. Měli jsme taky různý programy, který mi pomohly dohnat, co jsem zameškala ve škole, když jsem tam nechodila.*“, a **klientka M** zmínila programy na zvládání emocí a stresu spolu s různými vzdělávacími programy – „*Absolvovala jsem různý terapeutický programy, který byly zaměřený na zvládání emocí a stresu. Taký jsem se zúčastnila vzdělávacích programů, který mi pomáhaly dohnat školní látku.*“ V absolvovala různé terapeutické programy zaměřené na zvládání závislosti a emočních problémů, a také vzdělávací programy na dohnání školních povinností.

Vztahy s ostatními dívkami a personálem byly obecně dobré, i když některé klientky zažily občasné napětí. **Klientka A** měla dobré vztahy s ostatními dívkami a vychovatelkami, až na dvě výjimky – „*Až na dvě holky jsem se tam měla se všema ráda, kdyby tam tyhle dvě nebyly, tak by to tam bylo uplně perfektní.*“ **Klientka N** měla dobré vztahy s ostatními dívkami a podporující personál – „*Já s holkama ze začátku nic moc, byla jsem na pokoji s jednou holkou*

z děčáku, ta byla fakt super, padly jsme si hodně do oka a hodně se spolu bavily. Pak tam přišly i ostatní holky, který byly taky super a fakt jsme byly dobrá parta, ráda na to vzpomínám. S personálem v ústavu jsem byla taky v pohodě, do dneška jsem s některými z nich v kontaktu a dáváme si vědět, kdo se jak má. Nejvíc se mi líbilo to, že jsme mohly kdykoli za kýmkoli z nich přijít a svěřit se jim s tím, co nás trápí a oni nás vždy vyslechli. To mi dalo pocit bezpečí, jistoty a taky toho, že se o mě vlastně taky někdo opravdu zajímá.“ **Dívka K** uvedla, že vztahy s dívkami byly občas napjaté, ale většinou dobré, a personál byl velmi podporující. **Klientka M** popsala postupné zlepšování vztahů s ostatními dívkami a dobré vztahy s personálem. **Klientka V** také navázala dobré vztahy s ostatními dívkami a personálem, přičemž ocenila podporu a péči, kterou zde dostávala.

Zkušenosti klientek po odchodu z diagnostického ústavu byly smíšené. **První klientka** zažila strach a slzy při 1. odchodu z areálu a chyběl jí domov. *„Když jsem šla poprvý s tátou, kdy mě vzal na oběd, tak jsem se bála vystoupit z toho areálu, bála jsem se, že je to, jak vtip. Pak jsem se rozbřečela, že jsem fakt venku. Domov mi fakt chyběl. Táta pak taky říkal, že si to semnou užil. Po odchodu z diagnostáku jsem uronila hodně slziček. Nahradilo mi to domov, fakt to tam mám ráda.“* **Druhá klientka** měla problémy se začleněním zpět do společnosti, hlavně kvůli důvěře. **Klientka K** čelila obtížím při adaptaci zpět do běžného života a musela se vyrovnávat s nedůvěrou – *„Po odchodu tu bylo hodně těžký. Musela jsem se naučit, jak žít bez drog a najít si práci. Ale díky podpory několika dobřejších lidí jsem to zvládla.“* **Klientka M** rovněž měla problémy se začleněním, hledáním práce a bydlení. **Klientka V** čelila obtížím při adaptaci zpět do běžného života a musela se vyrovnávat s nedůvěrou a stigmatizací ze strany společnosti.

Začlenění zpět do společnosti bylo pro všechny klientky náročné. **Klientka A** popisovala zvláštní pocit při procházkách po městě a opovržlivé pohledy od ostatních lidí. **Klientka N** a **Klientka K** měly problémy s důvěrou a nalezením místa ve společnosti – *„Měla jsem z toho trochu úzkosti, ale jak jsem už řekla, můj přítel mi hodně pomohl. Bez něj bych to fakt nezvládla. Vlastně ani nevím, kam jinam bych šla. Jsem mu moc vděčná.“* **A Klientka M** také zažila těžké začlenění a hledání místa ve společnosti. **Klientka V** se musela vypořádat s podobnými výzvami a najít způsob, jak znovu zapadnout do běžného života.

Problémy, se kterými se klientky potýkaly po dosažení zletilosti zahrnovaly hlavně hledání bydlení a práce. **Klientka A** nemusela řešit žádné extrémní problémy, pouze dohnat školu. *„Já nevím, asi nic. Já jsem byla na dlouhodobých propustkách a jezdila jsem na ambulance do diagnostáku, takže už jsem byla zvyklá a nic extra jsem neřešila. Jen jsem musela dohnat školu, aby mě pustili k závěrečkám.“* **Dívka N** se musela vyrovnat s úzkostí a hledáním bydlení

a práce. **Dívka K** měla také problémy s hledáním bydlení a práce, a **klientka M** musela zvládat psychické problémy a hledání bydlení a práce. **Klientka V** jsem také musela vypořádat s hledáním stabilního bydlení a práce, což pro ně představovalo velkou výzvu.

Podpora po odchodu z ústavu byla nedostatečná, což klientky často uváděly jako významný problém. **Klientka A** měla možnost se kdykoli vrátit a kontaktovat personál, ale nedostala žádnou finanční podporu. **Klientky N a K** získaly nějakou podporu od neziskových organizací, ale cítily se osamělé a odkázané samy na sebe. **Klientka M** žádnou podporu nepotřebovala – „*Hledala jsem pouze stabilní bydlení a brigádu. Jediný problém nastal v tom, že jsem sama musela zvládat své psychické problémy, které se mi občas vrátily.*“ **Klientka V** zaznamenala nedostatek podpory a pocit, že je odkázána sama na sebe.

Respondentky navrhly několik změn a zlepšení ústavní péče. **Respondentka A** by změnila pouze vaření kuchařek o víkendy, jinak byla spokojená. **Respondentky N a K** by ocenily více podpory po odchodu z ústavu a citlivější přístup k individuálním potřebám – „*Určitě víc podpory po odchodu z ústavu by bylo docela dobrý. A všichni zaměstnanci by taky mohli víc pracovat na individuálních potřebách každé holky a starat se o ně.*“ **Respondentka M** by také uvítala více dlouhodobé podpory po odchodu – „*mám dojem, že by bylo vhodné brát každé dítě více individuálně. V ústavu nás dost brali obdobně a snažili se nás neustále přirovnávat k někomu, kdo zde už byl nebo právě je.*“, stejně jako **respondentka V**, která ještě doplnila zlepšení v oblasti přípravy na samostatný život mimo ústav.

Pobyt v ústavu pomohl klientkám zvládnout rizikové chování a zlepšit jejich situace. **Klientka A** přestala krást a přestala se bavit s rizikovými lidmi – „*Jo. Jak jsem vyšla, tak jsem přestala krást a přestala jsem se bavit s těma rizikovejma lidma, se kterejma jsem se bavila předtím, i s jejich rodinami.*“ **Klientka N** se stabilizovala a naučila se lépe zvládat stres a úzkost. **Klientka K** se naučila lépe zvládat závislost a stres – „*Určitě. Pomohlo mi to se stabilizovat a naučit se lépe zvládat svůj stres a úzkost. Fakt to nebylo lehký, ale pomohlo mi to najít směr. Vím, že kdybych zůstala s matkou nebo na intru, nikdy bych se se svými úzkostmi takto dobře nevyrovnala. I když to ještě není kompletně za mnou, občas nějaké úzkosti ještě mám, už trochu vím, jak s nimi mám pracovat, a to díky ústavu a terapeutickým sezením v něm.*“ **Klientka M** se přestala sebepoškozovat a naučila se lépe zvládat své emoce, zatímco **V** se zbavila závislosti na drogách a začala se lépe vyrovnávat se svými emočními problémy – „*Jako jo, v něčem mi pomohl a v něčem mi zase uškodil, půl na půl. Pomohl mi v tom nebrat drogy, abych si uvědomila, že je nemám brát. A v některých případech mi přihoršil hlavně psychicky.*“

Aktuální situace klientek je většinou stabilní, přestože stále čelí výzvám. **Klientka A** dodělala školu a plánuje s najít práci a bydlení – „*Mam dodělanou školu, mam v plánu si najít*

práci a do té doby, než si nenašetřím na byt budu u táty. S tátovou přítelkyní to není o nic lepší. Ale mam se výborně.“ Klientky N a K mají aktuálně práci a stabilní bydlení a pokračují v terapii. M má také práci a stabilní bydlení, V si práci hledá a pracuje na zlepšení svého psychického zdraví – „Aktuálně hledám s přítelem bydlení, chci se dostat z ústavu, chci si najít brigádu na léto.“

Tato kapitola zdůrazňuje důležitost komplexní podpory a individuálního přístupu v diagnostických ústavech pro mládež. Klíčové není pouze poskytování krátkodobé péče, ale také zajištění dlouhodobé podpory, která mladým lidem usnadní návrat do společnosti a pomůže jim vést stabilní a zdravý život. Zkušenosti klientek potvrzují, že s adekvátní péčí a pomocí jsou schopné překonat své problémy a postupně směřovat k pozitivní budoucnosti.

5.9 Syntéza a zjištění interpretace výsledků

Tato kapitola shrnuje klíčové poznatky vyplývající z výzkumné části diplomové práce, která byla zaměřena na případové studie a rozhovory s klientkami diagnostického ústavu. Data byla analyzována pomocí otevřeného kódování, což umožnilo identifikovat hlavní tematické oblasti a souvislosti mezi životními zkušenostmi klientek, jejich chováním a dopady ústavní péče.

Analýza ukázala, že většina klientek pocházela z nestabilních rodinných prostředí, která zahrnovala fyzické týrání, emoční zanedbávání nebo absenci rodičovské podpory. Tyto faktory měly zásadní vliv na rozvoj jejich rizikového chování, které se projevovalo útekem z domova, užíváním návykových látek, kriminálními aktivitami nebo sebepoškozováním. Absence stabilní podpory a zázemí výrazně ovlivnila jejich schopnost zvládat stres a vytvářet zdravé vztahy. Důvody umístění do diagnostického ústavu se lišily podle individuálních okolností, avšak nejčastějšími faktory byly rodinné konflikty, problémy se školní docházkou, sociální izolace a ohrožení vlastní bezpečnosti.

Pobyt v diagnostickém ústavu měl pro klientky stabilizační účinek. Strukturované prostředí a terapeutické programy přispěly ke zlepšení jejich psychické stability, zvládání stresu a změně v přístupu k pravidlům. Individuální terapie se zaměřovala na zpracování traumatických zážitků a posilování sebevědomí, zatímco vzdělávací programy umožnily klientkám vrátit se ke studiu nebo získat nové dovednosti. Pozitivní vliv diagnostického ústavu byl patrný zejména u klientek, které byly motivovány ke změně a ochotny spolupracovat s personálem. U klientek s hlubšími traumaty nebo vyšší emoční labilitou byla adaptace na strukturované prostředí delší, ale postupem času vykazovaly zlepšení v oblasti zvládání emocí a vztahů s okolím.

Navzdory pozitivním změnám během pobytu v ústavu se ukázalo, že proces reintegrace do společnosti po odchodu zůstal pro klientky výraznou výzvou. Mezi nejčastější obtíže patřilo hledání bydlení a zaměstnání, zvládání sociální izolace a nedostatečná dlouhodobá podpora. Tato zjištění poukazují na důležitost zavádění komplexní podpory pro klientky při přechodu do samostatného života, která by zahrnovala dostupné bydlení, pracovní příležitosti a psychologickou asistenci.

Výsledky tohoto výzkumu potvrdily teoretické předpoklady o klíčové roli rodinného prostředí při formování rizikového chování a zdůraznily důležitost diagnostických ústavů jako stabilizačního faktoru pro ohrožené děti. Efektivita těchto zařízení spočívá v poskytování strukturované péče, terapeutických intervencí a vzdělávací podpory, avšak pro dlouhodobý úspěch je nezbytné zaměřit se na zlepšení péče a podpory po odchodu klientek.

5.10 Shrnutí výzkumu

Empirická část diplomové práce se zaměřila na analýzu příčin vedoucích k umístění dospívajících dívek do diagnostických ústavů a na zkoumání vlivu těchto zařízení na jejich další život. Hlavním cílem práce bylo identifikovat klíčové faktory, které ovlivňují rozhodovací procesy vedoucí k umístění do ústavní péče, a popsat dopady působící na dívky během pobytu v těchto zařízeních a po jejich opuštění.

Pro získání potřebných dat byla použita kvalitativní metoda výzkumu zahrnující případové studie a polostrukturované rozhovory. Výzkum byl realizován v průběhu několika měsíců s pěti dívkami, které prošly diagnostickým ústavem a aktuálně dosáhly zletilosti. Tento vzorek poskytl různorodé příklady životních situací a důvodů, které vedly k jejich umístění, a umožnil podrobně zkoumat dynamiku jejich životů.

Analýza dat probíhala pomocí otevřeného kódování a zahrnovala několik hlavních oblastí, jako jsou rodinné zázemí, projevy rizikového chování, psychické obtíže, vliv ústavní péče a adaptace na samostatný život. Zjištěné poznatky odhalily společné vzorce chování a zásadní faktory ovlivňující rozhodování o umístění. Nejčastějšími faktory byly konflikty v rodině, závislost na návykových látkách, útoky z domova a traumatické zážitky.

Empirická část diplomové práce si v souladu s cílem a hlavní výzkumnou otázkou kladla následující dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké rodinné faktory ovlivňují rozhodnutí o ústavní péči?

Analýza ukázala, že dysfunkční rodinné zázemí je jedním z nejvýznamnějších faktorů. U všech respondentek bylo přítomno emoční zanedbávání, fyzické týrání nebo konflikty s rodiči.

Klientky popisovaly své rodinné prostředí jako napjaté, toxické a nefunkční, což vedlo k neschopnosti nalézt podporu v rodině a přispělo k jejich rizikovému chování. Například jedna z dívek zmínila, že pěstounský otec ji fyzicky týral, což vedlo k jejím útěkům z domova.

„Mamka mě nikdy neposlouchala a pořád mě kritizovala. Pořád jsem měla pocit, že nemám doma žádnou oporu.“ (klientka K)

„Otec mě bil, a když jsem utekla, řekli, že už se mnou nechtějí nic mít.“ (klientka N)

DVO2: Jak se psychosociální problémy projevují u dívek před jejich umístěním?

Psychosociální problémy zahrnovaly široké spektrum obtíží, jako jsou úzkosti, deprese, emoční labilita a nízká sebedůvěra. Sebepoškozování a suicidální tendence byly časté u dívek, které neměly v rodinném prostředí dostatečné zázemí a bezpečí. Některé klientky uváděly i problémy ve vztazích s vrstevníky, kde byly častými oběťmi manipulace nebo šikany. Tyto problémy výrazně ovlivnily jejich schopnost zvládat stres a vést stabilní život.

„Začala jsem si ubližovat, protože jsem měla pocit, že už nemám co ztratit.“ (klientka M)

„Měla jsem úzkosti a nikomu jsem nevěřila. Byla jsem úplně ztracená.“ (klientka A)

DVO3: Jaké typy rizikového chování vedou k umístění do diagnostického ústavu?

Rizikové chování zahrnovalo užívání návykových látek, útoky z domova, záškoláctví, kriminální aktivity a zapojení do nevhodných vrstevnických skupin. Například jedna klientka byla přijata do ústavu kvůli opakovaným útěkům z domova a užívání pervitinu, zatímco jiná se zapojila do kriminální činnosti pod vlivem manipulativní skupiny vrstevníků. Tyto projevy byly často reakcí na frustraci, stres nebo nedostatečné zvládání emocionálních obtíží.

„Hodně jsem pila a začala jsem brát drogy, abych na všechno zapoměla.“ (klientka V)

„Prostě jsem přestala chodit do školy a začala jsem utíkat.“ (klientka K)

DVO4: Jaký vliv má sociální prostředí na rozhodnutí o zařazení dívek do ústavní péče?

Sociální prostředí, zejména vliv vrstevníků, sehrálo klíčovou roli při formování rizikového chování. Dívky často hledaly přijetí mimo rodinu, což je vedlo k zapojení do skupin, které podporovaly destruktivní chování. Nedostatek podpory ze strany školy nebo širší komunity rovněž přispěl k rozhodnutí o ústavní péči. Jedna z dívek uvedla, že přijetí do diagnostického ústavu jí poskytlo možnost vyhnout se toxickému prostředí vrstevníků a najít stabilnější prostředí.

„Když jsem se pohybovala s těma partama, bylo to čím dál horší. Všichni jsme utíkali a dělali bordel.“ (klientka A)

„V pěstounské rodině jsem se nikdy necítila jako doma. Prostě mě brali jako problém.“
(klientka N)

DVO5: Jak se dívkám daří adaptovat na běžný život po dosažení zletilosti?

Proces adaptace na samostatný život byl spojen s řadou výzev, jako je hledání bydlení, zaměstnání a zvládání sociální izolace. Některé klientky reflektovaly nedostatek podpory po odchodu z ústavu, což komplikovalo jejich začlenění do společnosti. Jiným se podařilo najít oporu v nových vztazích nebo institucích, které jim poskytly pomoc. Úspěch adaptace často závisel na individuální motivaci a schopnosti využít nabyté dovednosti.

„Hledám práci a přemýšlím, jak si zařídit vlastní bydlení. Není to jednoduché, ale snažím se.“ (klientka V)

„Chodím na terapii a mám konečně pocit, že něco zvládnou.“ (klientka A)

Výzkum přinesl klíčová zjištění, která odrážejí složitost situací respondentek a význam intervence diagnostického ústavu. Všechny respondentky pocházely z dysfunkčních rodinných prostředí, která se vyznačovala fyzickým násilím, emočním zanedbáváním nebo absencí rodičovské podpory. Tyto faktory zásadně ovlivnily jejich životní dráhu a přispěly k rozvoji rizikového chování.

Mezi nejčastější projevy rizikového chování patřily útoky z domova, šikana, kriminální aktivity, užívání návykových látek a sebepoškozování. Tyto aktivity byly často reakcí na traumatické zážitky nebo neschopnost najít oporu v rodinném prostředí. Rizikové chování tak plnilo určitou funkci, například jako prostředek úniku nebo získání pozornosti.

Pozitivní vliv diagnostického ústavu byl patrný u většiny respondentek, které reflektovaly pobyt jako stabilizující a podporující. Diagnostický ústav jim pomohl zvládat stres, zlepšit psychický stav a rozvíjet dovednosti potřebné pro zvládání náročných situací. Strukturované prostředí ústavu hrálo klíčovou roli v jejich stabilizaci a poskytlo jim základ pro budoucí osobnostní růst.

Přechod do samostatného života však zůstal výraznou výzvou. Respondentky se potýkaly s obtížemi při hledání bydlení a zaměstnání, stejně jako se sociální izolací. Nedostatečná dlouhodobá podpora po odchodu z diagnostického ústavu představovala pro mnohé z nich významnou překážku při začlenění do společnosti a vedení stabilního života.

Zodpovězení hlavní výzkumné otázky:

HVO1: Jaké důvody vedou k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu pro mládež?

Důvody vedoucí k umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu pro mládež zahrnují kombinaci rodinných konfliktů, emočního zanedbávání, traumatických zážitků a rizikového chování. Významnou roli hrají také faktory sociálního prostředí, jako je vliv vrstevníků a absence podpory ze strany širší komunity. Diagnostické ústavy nabízejí stabilizační prostředí, které pomáhá dívkám zpracovat jejich obtíže, zlepšit psychické zdraví a připravit je na přechod do samostatného života. Nicméně úspěšná adaptace na běžný život často vyžaduje dlouhodobou podporu a následnou péči po opuštění ústavní výchovy.

5.11 Návrhy preventivních a intervenčních opatření

Efektivní řešení problematiky umístění dívek do diagnostických ústavů vyžaduje kombinaci preventivních a intervenčních opatření, která cíleně reagují na identifikované příčiny a potřeby. Tyto návrhy vycházejí z analýzy výzkumných dat a zohledňují různé aspekty života dospívajících dívek, včetně rodinného zázemí, psychosociálních obtíží a rizikového chování. Cílem opatření je nejen prevence eskalace problémů, ale také podpora dlouhodobého řešení situací, které by mohly vést k ústavní péči. Kapitola představuje soubor doporučení zaměřených na podporu rodin v krizi, prevenci rizikového chování, zlepšení institucionální péče, zvýšení povědomí veřejnosti a systémová opatření.

1. Posílení podpory rodin v krizi

Jedním z klíčových opatření je zajištění snadno dostupné pomoci pro rodiny v krizových situacích. Služby krizové intervence by mohly zahrnovat rodinné terapeutické sezení, mediaci a individuální konzultace pro členy rodin (Novák & Svoboda, 2021). Tyto služby mohou pomoci zmírnit napětí a obnovit zdravou dynamiku v rodině. Dalším krokem je zvýšení finanční podpory pro rodiny s nízkými příjmy, které často čelí socioekonomickému tlaku vedoucímu k dysfunkcím (Křížová et al., 2020). Součástí prevence je také realizace vzdělávacích programů zaměřených na posílení rodičovských kompetencí, zvládání stresu a efektivní komunikaci s dospívajícími (Novotná, 2022).

2. Prevence rizikového chování u dívek

Školy a komunitní organizace by měly implementovat programy včasné intervence zaměřené na identifikaci dívek, které jsou ohroženy rizikovým chováním (Doleželová & Mareš, 2019). Tyto programy by měly zahrnovat spolupráci s psychologickými a sociálními službami a poskytnutí bezpečného prostoru pro vyjádření jejich potřeb. Důležitou roli hrají vrstevnické

programy, které zapojují dívky do pozitivních aktivit, jako je sport, umění nebo dobrovolnictví (Petrová, 2020). Preventivní vzdělávací programy by měly cílit na témata, jako je prevence užívání návykových látek, sexuální výchova a zvládání konfliktů (Hrubý et al., 2021).

3. Zlepšení institucionální péče a spolupráce

Zlepšení institucionální péče vyžaduje zavedení multidisciplinárních týmů složených z psychologů, sociálních pracovníků, pedagogů a zdravotníků, kteří by koordinovali komplexní péči o ohrožené děti (Svoboda et al., 2020). Individuální přístup je klíčový – každý případ vyžaduje přizpůsobení plánů péče potřebám konkrétní dívky i její rodiny. Další důležitou součástí je zajištění kontinuální podpory po odchodu z diagnostického ústavu, například formou mentoringových programů nebo přechodného podporovaného bydlení, které by usnadnilo začlenění dívek do běžného života (Bělík & Nová, 2023).

4. Zvýšení povědomí a zapojení širší veřejnosti

Osvětové kampaně zaměřené na problematiku ohrožených dětí by mohly pomoci zvýšit povědomí veřejnosti a zapojit komunitu do podpory rodin v krizi. Komunitní centra by mohla sloužit jako bezpečné prostředí pro volnočasové aktivity, setkávání a poskytování odborné pomoci (Janáková, 2021). Tyto aktivity by mohly snížit sociální izolaci ohrožených dětí a nabídnout jim alternativy ke škodlivým vlivům (Machová et al., 2022).

5. Systémová opatření

Systémová opatření by měla zahrnovat legislativní změny podporující alternativy k ústavní péči, jako je rozšíření možností pěstounské péče nebo domácí asistence (Vávrová et al., 2023). Zvýšení investic do preventivních služeb a sociálních programů je klíčové pro vytvoření stabilnějšího a bezpečnějšího prostředí pro ohrožené děti. Pravidelná evaluace efektivity existujících opatření by navíc umožnila přizpůsobovat strategie aktuálním potřebám a zajistit jejich účinnost (Hájek & Krejčí, 2024).

6 Diskuse a doporučení pro praxi

Empirická část práce, postavená na případových studiích a rozhovorech s respondentkami, potvrdila klíčovou roli rodinného zázemí a psychosociálních faktorů jako determinant umístění do ústavu. Například trauma způsobené rodinnými konflikty a emoční zanedbáváním bylo výrazným společným jmenovatelem. Tyto zjištění jsou v souladu s teoretickými poznatky

Vágnerové (2021) a Matouška (2010), kteří zdůrazňují dopad dysfunkčního rodinného prostředí na vznik rizikového chování.

Závěry práce rovněž poukazují na terapeutický potenciál diagnostických ústavů. Ty mohou při adekvátním vedení poskytovat dívkám nejen bezpečné prostředí, ale také příležitost ke změně vzorců chování a obnovení důvěry v mezilidské vztahy, jak zdůrazňuje například Jánský (2014).

Zjištění této práce korespondují s výsledky mnoha zahraničních i tuzemských studií. Například studie Klonskyho (2007) ukazuje podobné mechanismy vzniku sebepoškozování u dospívajících dívek, jaké byly pozorovány i v této práci. Klíčovou roli hraje emoční nestabilita a pocit osamělosti, které často vycházejí z nefunkčních rodinných vztahů.

Podobně rizikové sexuální chování popsane Fischerem (2006) a Santellim et al. (2004) odpovídá případům analyzovaným v této práci, kde byla tato forma chování často spojena s nedostatkem sebeuvědomění a tlaky vrstevnických skupin. V neposlední řadě příběhy respondentek podporují také poznatky Matouška a Pazlarové (2014) o negativním vlivu zanedbávání a rodinného násilí na psychosociální rozvoj.

Specifickým příspěvkem této práce je akcentace dlouhodobých důsledků vztahů s rizikovými partnery, což je oblast, která není dosud v literatuře dostatečně pokryta. Závěry ukazují, že tento faktor má nejen okamžitý vliv na chování, ale také dlouhodobě ovlivňuje sebepojetí a schopnost budovat zdravé mezilidské vztahy. Prvotním přínosem je detailní analýza vztahů s rizikovými partnery, která poukazuje na jejich destruktivní vliv. Téma bylo dosud v kontextu diagnostických ústavů zkoumáno jen okrajově.

Další novým poznatkem je propojení mezi individuálními traumaty respondentek a jejich schopností využít terapeutické prostředí diagnostického ústavu. Závěry ukázaly, že dívky s hlubšími traumatickými zážitky často vyžadují delší a intenzivnější intervenci, což zdůrazňuje potřebu individualizovaného přístupu.

Práce také upozorňuje na důležitost post-institucionální podpory. Participantky, které měly k dispozici navazující pomoc po opuštění ústavu, vykazovaly lepší schopnost adaptace na běžný život a menší pravděpodobnost recidivy rizikového chování.

Výzkum přináší několik silných stránek, které zvyšují jeho význam a přínos pro porozumění problematice diagnostických ústavů a jejich klientek. Kvalitativní zaměření na případové studie a rozhovory poskytlo hlubší vhled do individuálních zkušeností a životních příběhů respondentek. Polostrukturované rozhovory umožnily flexibilní přístup ke sběru dat, což vedlo k detailnějším odpovědím a lepšímu pochopení klíčových souvislostí jejich životních cest. Tento metodologický přístup se ukázal jako efektivní pro získání cenných poznatků.

Další silnou stránkou byla důležitá pozornost věnovaná etickým aspektům výzkumu, zejména při práci s citlivými tématy a ochraně soukromí respondentek. Výzkum byl proveden s vysokým důrazem na etické standardy, což zahrnovalo zajištění informovaného souhlasu respondentek a dodržování anonymit jejich výpovědí. Tyto postupy byly klíčové pro vytvoření důvěry mezi výzkumníkem a účastnicemi výzkumu. Participantky byly plně informovány o cíli výzkumu, jeho průběhu a možných důsledcích jejich účasti. Tento transparentní přístup napomohl nejen k získání autentických výpovědí, ale také k posílení pocitu bezpečí u respondentek. Některé výpovědi však byly velmi citlivé, a proto nebyly celé polostrukturované rozhovory zařazeny do příloh práce, aby byla zachována plná anonymita a respektována důvěrnost sdělených informací. Vzhledem k citlivosti témat, které byly ve výzkumu probírány, byla zajištěna možnost poskytnutí psychologické podpory respondentkám v případě, že jim výzkum vyvolal nepříjemné emoce nebo stres. Během rozhovorů byl kladen důraz na vytvoření podpůrného a respektujícího prostředí, které umožnilo respondentkám sdílet své zkušenosti bez obav z odsudku.

Výzkum má i své slabší stránky, které je třeba zohlednit při interpretaci jeho výsledků. Jedním z hlavních omezení byla malá velikost výzkumného vzorku, což výrazně snižuje možnost zobecnění zjištění na širší populaci. Tento limit podtrhuje potřebu rozšíření výzkumu na větší počet respondentek, aby bylo možné získat robustnější data.

Další výzvou byla subjektivita výpovědí respondentek. Ačkoli jejich svědectví přinesla cenné a autentické poznatky, jejich interpretace mohla být ovlivněna osobními zážitky, selektivní pamětí a emocemi. Tyto faktory mohou zkreslovat některé závěry a vyžadují pečlivou analýzu a triangulaci dat z různých zdrojů. Pro vyvážení této subjektivity by bylo užitečné zahrnout kvantitativní metody, které by umožnily porovnání s větším vzorkem a poskytly doplňující perspektivu.

Přes zmíněná omezení výzkum zdůraznil přínos klíčových intervencí, jako jsou terapeutické programy zaměřené na sebevědomí, regulaci emocí a sociální dovednosti. Tyto intervence nejenže podporují osobnostní rozvoj dívek, ale také přispívají k jejich lepší integraci do společnosti. Individuální přístup, který respektuje jedinečné potřeby klientek, se ukázal jako zvláště efektivní.

Na základě těchto poznatků se doporučuje rozšířit implementaci zmíněných programů nejen v diagnostických ústavech, ale také v rámci preventivních opatření mimo institucionální prostředí. Širší dostupnost intervencí prostřednictvím škol, komunitních center a neziskových organizací by mohla významně posílit účinnost prevence a zlepšit podporu pro ohrožené dívky.

V této oblasti hrají důležitou roli organizace, jako jsou Profesona, Konsent a Prev-centrum, které poskytují širokou škálu programů zaměřených na prevenci a podporu dětí a mladistvých. Profesona se zaměřuje na vzdělávací programy pro pedagogy a odborníky, které mají za cíl prevenci šikany a jiného rizikového chování ve školách. Tyto programy pomáhají vytvářet bezpečné prostředí a zlepšovat vztahy ve školním kolektivu (Profesona, 2023). Konsent se specializuje na prevenci sexuálního násilí a osvětu v oblasti zdravých mezilidských vztahů. Jeho vzdělávací workshopy na školách učí mladé lidi rozpoznávat nevhodné chování, porozumět konceptu souhlasu a budovat respektující vztahy, což je zásadní pro prevenci násilí a posílení práv dětí a mladistvých (Konsent, 2023). Prev-centrum nabízí preventivní a poradenské programy zaměřené na rizikové chování, jako jsou závislosti, šikana či poruchy chování, a poskytuje podpůrné služby pro mladistvé a jejich rodiny. Tyto aktivity významně přispívají k vytvoření stabilního a podporujícího prostředí pro zdravý vývoj mládež (Prev- centrum, 2023).

Tyto organizace hrají klíčovou roli při zavádění multidisciplinárního přístupu, který integruje spolupráci pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků a zdravotnických odborníků. Taková koordinace umožňuje komplexní posouzení potřeb dospívajících dívek a poskytování cílené podpory. Důraz na úzkou spolupráci těchto institucí se školami, diagnostickými ústavy a rodinami je zásadní pro dosažení udržitelných a dlouhodobých pozitivních změn. Současně je třeba podporovat školení odborníků, kteří pracují s rizikovou mládeží, aby měli potřebné dovednosti a znalosti pro efektivní intervenci. Tyto kroky by mohly snížit tlak na diagnostické ústavy a zlepšit dlouhodobé výsledky dětí a mladistvých.

Zapojení širší komunity, včetně rodinných příslušníků, místních institucí a škol, může výrazně podpořit prevenci rizikového chování a zlepšit rodinné prostředí. Komunitní programy zaměřené na podporu zdravých vztahů a prevenci sociálních problémů mohou snížit potřebu umístování dětí do diagnostických ústavů, čímž přispívají ke stabilnějšímu vývoji mladých lidí.

Je potřeba posílit legislativní rámce, které podporují alternativy k ústavní péči, například rozvoj pěstounských rodin, komunitních programů a ambulantních služeb. Legislativní změny by měly klást důraz na prevenci a včasnou intervenci, což může snížit potřebu institucionální péče. Rovněž je důležité zajistit, aby právní předpisy umožňovaly flexibilní přizpůsobení péče individuálním potřebám dětí a mládeže, což by vedlo k efektivnějšímu řešení jejich problémů.

Také zvýšení financování preventivních služeb je klíčovým krokem k zajištění dostupnosti kvalitních programů pro rizikovou mládež. Investice do školních poraden, komunitních center a terapeutických programů mohou přispět ke včasné identifikaci problémů a efektivnímu poskytování pomoci.

Během realizace výzkumu a v následujících měsících po jeho skončení jsem zůstala v kontaktu s některými participantkami, což mi umožnilo sledovat jejich životní situace i poté, co opustily diagnostický ústav. Tyto příběhy ilustrují, jak rozdílně se jejich životy mohou ubírat a jak se jejich situace mění pod vlivem okolností a rozhodnutí.

Klientka N, která se po odchodu z diagnostického ústavu zdála být na stabilní cestě, měla zaměstnání a žila se svým přítelem, otěhotněla. Zpočátku plánovala mateřství a budoucnost jako rodina, ale brzy se ukázalo, že pár čelí vážným finančním problémům. Ztráta stability, kterou dříve měla, vedla k nejistotě a obavám o to, jak zvládnou péči o dítě. Její situace ukazuje, jak snadno mohou i stabilní podmínky sklouznout do nejistoty, a zdůrazňuje důležitost dlouhodobé podpory v otázkách finanční gramotnosti a rodinného plánování.

Klientka K se rozhodla začít znovu. Našla si nového partnera, s nímž se přestěhovala do jiného města, kde se pokouší vybudovat nový život. Přestože je motivovaná a snaží se stabilizovat, stále se jí nedaří najít stálé zaměstnání, což komplikuje její snahy o usazení a finanční nezávislost. Tento příběh zdůrazňuje, jak obtížné může být přizpůsobit se novému prostředí bez dostatečných zdrojů a podpory.

Na druhé straně klientka M se bohužel vydala cestou, která ji přivedla zpět do rizikového prostředí. Začala pravidelně užívat pervitin a navázala vztah s partnerem, který její situaci spíše zhoršuje. Tato kombinace zvyšuje její zranitelnost a riziko dalších negativních důsledků, včetně ztráty jakékoli stability, kterou mohla po odchodu z diagnostického ústavu získat. Její příběh zdůrazňuje naléhavou potřebu nepřetržité podpory, zejména v oblasti prevence závislostí a podpory zdravých mezilidských vztahů.

Tyto rozdílné osudy ukazují, jak náročná může být integrace dívek po odchodu z diagnostických ústavů zpět do běžného života. Zároveň podtrhují význam dlouhodobé podpory, která zahrnuje nejen okamžitou pomoc při opuštění ústavu, ale i kontinuální intervenci zaměřenou na budování finanční stability, emocionální pohody a zdravého sociálního prostředí.

Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou důvodů umístění dospívajících dívek do diagnostického ústavu a jejich zkušenostmi s pobytem v těchto zařízeních. Cílem bylo identifikovat klíčové faktory, které vedou k rozhodnutí o umístění, a pochopit, jaký vliv má pobyt v diagnostickém ústavu na jejich další život.

Téma bylo zpracováno v teoreticko-empirickém rámci. Teoretická část poskytla nezbytný základ pro pochopení zkoumané problematiky, přičemž se zaměřila na klíčové koncepty, jako jsou rizikové chování, dysfunkční rodinné prostředí a vliv rodinného zázemí na psychický a sociální vývoj dívek. Důležitou součástí byla i analýza legislativního rámce a funkce diagnostických ústavů, které plní nejen diagnostickou, ale také terapeutickou a výchovnou roli.

Empirická část práce využila kvalitativní metodologie, konkrétně případových studií a polostrukturovaných rozhovorů s dívkami, které diagnostickým ústavem prošly. Tato metoda umožnila hlubší porozumění jejich osobním zkušenostem a dynamice jejich životních cest. Výsledky ukázaly, že klíčovými faktory vedoucími k umístění byly zejména dysfunkční rodinné zázemí, charakterizované absencí rodičovské podpory, násilím, závislostmi nebo jinými formami patologického chování. Tyto faktory vedly k maladaptivnímu chování, které bylo často důvodem pro rozhodnutí o umístění do diagnostického ústavu.

Pobyt v diagnostickém ústavu měl na dívky různorodý dopad. Terapeutické a výchovné programy přispěly k pozitivním změnám u některých dívek, pomohly jim stabilizovat jejich psychický stav a redukovat rizikové chování. Na druhé straně byly identifikovány i obtíže spojené s adaptací na striktní režim ústavního prostředí.

Po odchodu z ústavu se však mnoho dívek potýkalo s obtížemi při reintegraci do společnosti. Nedostatek dlouhodobé podpory, problémy s bydlením, hledáním zaměstnání a stigmatizace bránily jejich úspěšnému začlenění. Tyto poznatky zdůrazňují potřebu zavedení komplexního systému, který zahrnuje nejen kvalitní intervence během pobytu v ústavu, ale také dlouhodobou podporu po jeho opuštění.

Na základě výsledků lze formulovat několik doporučení. První z nich je rozšíření dostupnosti preventivních programů zaměřených na podporu rodin a prevenci rizikového chování. Druhé doporučení se zaměřuje na zajištění dlouhodobé podpory po odchodu z ústavu, včetně pomoci s hledáním bydlení, dalším vzděláváním a uplatněním na trhu práce. Důležité je také odstranění stigmatizace těchto jedinců prostřednictvím osvěty a spolupráce s veřejnými i neziskovými organizacemi.

Diplomová práce přispěla k hlubšímu porozumění problematice ústavní výchovy a poskytla praktické podněty pro zlepšení existujících postupů v oblasti diagnostických ústavů. Závěrem lze konstatovat, že efektivita těchto zařízení je podmíněna schopností propojit diagnostickou, terapeutickou a výchovnou činnost s dlouhodobou podporou, která umožní dívkám zvládnout přechod do samostatného života.

Seznam použitých zdrojů

Bělík, V. & Hoferková, S. (2018). *Prevence rizikového chování žáků z pohledu pedagogů*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Bělík, P., & Nová, K. (2023). *Podpora dívek po odchodu z diagnostických ústavů*. Praha: Výzkumný ústav dětské psychologie.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101 [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Burešová, I., Nováková, M., & Kovářová, P. (2015). Osobnostní charakteristiky adolescentních dívek se sebepoškozujícími tendencemi. *Psychologický výzkum: Vývojová psychopatologie*, 23(2), 45–62.

Čáp, J. (1993). *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Karolinum.

Čížek, M. (2017). *Vliv rizikových vztahů na psychiku a chování dospívajících dívek*. Praha: Nakladatelství Psychologie.

ČŠI (2013). *Národní zpráva TALIS 2013* [online]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/188339/120467214.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). Sage.

Doležalová, H., & Mareš, J. (2019). *Rizikové chování dospívajících: Prevence a intervence*. Brno: Masarykova univerzita.

ESIPA (2002). Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Fischer, S., Škoda, J. *Sociální patologie*. Praha: Grada.

- Fischer, T.D. (2006). *Sex of experimenter and social norm effects on reports of sexual behaviour in young men and women*. Archives of Sexual Behavior.
- Flybierg, B. (2011). Case study. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (4th ed., pp. 301–316). Sage.
- Hájek, K., & Krejčí, R. (2024). *Evaluaace efektivty preventivních opatření*. Ostrava: Vydavatelství Ostravské univerzity.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative research methods* (2nd ed.). Sage.
- Hrubý, T., Novák, L., & Petřů, A. (2021). *Preventivní vzdělávací programy pro mladistvé*. Ostrava: Vydavatelství Ostravské univerzity.
- Hudson, J.I. a kol. (2007) *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biological psychiatry.
- Hurníková, Z. a kol. (2013). *First autochthonous case of canine Angiostrongylus vasorum in Slovakian*. Parasitology Research.
- Janáková, M. (2021). *Komunitní centra jako prevence sociální exkluze*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Jánský, P. (2014). *Dítě s problémovým chováním a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Jedlička, R. (2015). *Poruchy socializace u dětí a dospívajících*. Praha: Grada.
- Kaleja, M. (2013). *Etopedická propedeutika v inkluzivní speciální pedagogice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.
- Klonsky, E.D. (2007). *The functions of deliberate self-injury*. Clinical psychology review.
- Kohoutek, T., Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
- Kohoutek, R., & Marešová, K. (2019). *Trauma u dětí: Příčiny, důsledky a role pedagogů*. Brno: Pedagogické nakladatelství.

- Konsent. (2023). *O nás*. Dostupné z <https://www.konsent.cz>
- Koukolík, F. (2006). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.
- Koukolová, M. (2020). *Přehled aktuálního stavu ústavní a ochranné výchovy v ČR – výzkumné studie a trendy* (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- Kraus, B. (2013). *Základy sociální pedagogiky*. Grada Publishing.
- Kraus, B. (2020). *Rizikové chování v dětském věku: Prevence a intervence*. Praha: Portál.
- Krejčíková D., Říčan, P. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Krulichová, E., Podaná, Z., Buriánek, J. (2015). *Delikvence mládeže: Trendy a souvislosti*. Praha: Triton.
- Křístek, A. (2017). *Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a o preventivně výchovné péči*. Praha: Wolters Kluwer.
- Křížová, A., Svoboda, R., & Vácha, J. (2020). *Socioekonomické faktory ovlivňující dysfunkční rodiny*. Brno: Výzkumný ústav sociální politiky.
- Laca, S. (2011). *Sociální pedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Laca, S. (2013). *Výchova – rodina – hodnoty*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Levine, P.A. (2017). *Trauma a paměť*. Praha: Maitrea.
- Levine, P.A. (2018). *Léčba traumatu*. Praha: Maitrea.
- Machová, Z., Dvořák, P., & Blažek, V. (2022). *Osvětové kampaně a jejich vliv na prevenci rizikového chování*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- Matoušek, O. a kol. (2003). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

- Matoušek, O. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2011). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2015). *Sociální služby: Teorie a praxe*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2015). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON.
- Malach, J. (2010). *Teorie metodiky výchovy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- MATĚJČEK, Z. (2002). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Portál.
- Matějček, Z. (2003). *Dítě a rodina*. Praha: Portál.
- Merriam, S. B. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Jossey-Bass.
- Miller, J.W. a kol. (2007). *Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students*. Pediatrics.
- Miovský M. a kol. (2010) *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN.
- MŠMT (2017) *Rizikové chování* [online]. Dostupné z: <https://msmt.gov.cz/mladez/2017>
- MŠMT (2017). *Strategie prevence rizikového chování u dětí a mládeže ve školách a školských zařízeních 2017–2025* [online]. Dostupné z <https://www.msmt.cz>
- Nock, M.K. (2010). *Self-injury*. Annual review od clinical psychology.
- Novák, J., & Dvořáková, L. (2021). *Podpora duševního zdraví dětí ve školním prostředí: Mindfulness a arteterapie jako efektivní nástroje*. Praha: Pedagogická praxe.
- Novák, R., & Svoboda, L. (2021). *Rodinná terapie jako nástroj prevence*. Liberec: Vydavatelství Technické univerzity v Liberci.
- Nováková, A., & Svobodová, M. (2020). Vliv rizikových vztahů na psychické zdraví dospívajících dívek. *Časopis pro výzkum adolescence*, 15(3), 123–135.

- Novotná, H. (2022). *Podpora rodičů v krizových situacích*. Praha: Univerzita Karlova.
- POLICIE ČR (2021). *Prevence kriminality a BESIP* [online]. Dostupné z: <https://www.policie.cz/clanek/projekty-pk-projekty-prevence-kriminality.aspx>
- Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál.
- Prev-centrum. (2023). *Programy prevence*. Dostupné z <https://www.prevcentrum.cz>
- Procházka, M. (2012). *Sociální pedagogika*. Praha: Grada.
- Profesona. (2023). *Vzdělávací programy*. Dostupné z <https://www.profesona.cz>
- Průcha, J. a kol. (2013). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Punová, M. (2012). *Podpora resilience ve vzdělávání*. Studia Pedagogica.
- Punová, M. (2020). *Osobnostní dispozice a odolnost sociálních pracovníků*. Social Work.
- Říčan, P. (2004). *Cesta života*. Praha: Portál.
- Santelli, J.S. a kol. (2004). *Abstinence and abstinence-only education*. Journal of Adolescent Health.
- Schulte, M. T. a kol. (2013). *Substance use and associated health conditions throughout the lifespan*. Public Health Reviews.
- Svoboda, M., Křížová, A., & Malý, J. (2020). *Multidisciplinární přístupy v institucionální péči*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Silva, M. (2020). *Human Kinetics* [online]. Dostupné z: <https://eprints.worc.ac.uk/9457/7/Francis-AAM-2020-It%20is%20like%20a%20little%20journey%20-%20article%20amended%20and%20submitted%2031st%20March%202020.pdf>
- Silverman, D. (2020). *Interpreting qualitative data (6th ed.)*. SAGE Publications.
- Sobotková, N. V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.

- Špaňhelová, I. (2016). *Rodina a dítě v krizi*. Praha: Grada.
- Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
- Toužimská, Z. (2006). *Agresivita u dětí*. Praha: Grada.
- Vágnerová, M. (1997). *Abnormální vývoj osobnosti jako následek negativního působení*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
- Vágnerová, M. (2021). *Dětství a dospívání*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum.
- Vávrová, P., Jelínek, T., & Hladký, O. (2023). *Legislativní reformy v oblasti sociální péče o děti*. Brno: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Vyhnálek, P. (2024). *Jdi do klubu*. [online]. Dostupné z: <https://www.jdidoklubu.cz>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. Sage Publications.

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulka 1: Otevřené kódování	48
---	----

Příloha 1 Informovaný souhlas s participací zletilé účastnice ve výzkumu

Téma diplomové práce: Důvody umístění dívek do diagnostického ústavu pro mládež

Autor práce: Bc. Lucie Javůrková

Diplomová práce se zaměřuje na analýzu důvodů umístění dospívajících dívek do diagnostických ústavů a jejich zkušenosti s pobytem. Cílem výzkumu je pochopit faktory, které ovlivňují rozhodnutí o umístění do ústavu, a analyzovat vliv těchto zařízení na další životní vývoj dívek.

Výzkumník se zavazuje k následujícímu:

- Veškerá data poskytnutá účastnicemi budou využita výhradně pro potřeby diplomové práce.
- Získaná data budou zpracována pouze v anonymizované podobě, aby nebylo možné identifikovat žádnou účastnici.
- Data nebudou použita ke komerčním ani jiným účelům.
- Po ukončení výzkumu a obhájení diplomové práce budou všechna data bezpečně zničena.
- Účast ve výzkumu je dobrovolná, a každá účastnice má právo kdykoliv svou účast ukončit bez uvedení důvodu.

Svým podpisem potvrzuji, že jsem byla seznámena s účelem a podmínkami výzkumu, rozumím jim a souhlasím s účastí na výzkumu.

V Praze dne: _____

Podpis účastnice: _____