

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA ŠKOLNÍ A SOCIÁLNÍ

PEDAGOGIKY

EFEKTIVITA DĚTSKÝCH DOBROVOLNÝCH POBYTŮ

Obsah :

Úvod.....	6
1 Uvedení do oblasti etopedie.....	7
1.1 Terminologie	7
1.2 Klasifikace poruch chování a legislativa	10
1.2.1 Klasifikace dle MKN	11
1.2.2 Právní úpravy delikvence mládeže	11
2 Faktory zvyšující možnost vzniku a rozvoje poruch chování.....	13
2.1 Biologické faktory	14
2.1.1 Temperamentové dispozice	14
2.2 Psychologické a sociální faktory	15
2.2.1 Vzorce osobnosti delikventa	17

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA ŠKOLNÍ A SOCIÁLNÍ

PEDAGOGIKY

EFEKTIVITA DĚTSKÝCH DOBROVOLNÝCH POBYTŮ

2.2.2 Farmakologická intervence	18
3 Rodinné a endogenní aspekty.....	19
3.1 Kritická vývojová období dítěte	20
4 Současná ústavní výchova.....	23
4.1 Diagnostické ústavy	24
4.1.1 Dětské diagnostické ústavy	24
4.1.2 Diagnostické ústavy pro mládež	25
4.1.3 Střediska výchovné péče	25
4.2 Druhy diagnostických pobytů	26
4.2.1 Dětský dobrovolný pobyt	26
4.2.2 Předběžné opatření	26
4.2.3 Ústavní výchova	27
4.2.4 Ochranná výchova	27
4.3 Aktuální poznatky a tendence v etopedii	28

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

KATEDRA ŠKOLNÍ A SOCIÁLNÍ

PEDAGOGIKY

EFEKTIVITA DĚTSKÝCH DOBROVOLNÝCH POBYTŮ

5 Volné rozhovory s odborníky dětského diagnostického ústavu	30
5.1 Rozhovor s psycholožkou	30
5.2 Rozhovor s ředitelem	31
5.3 Rozhovor s vedoucím vychovatelem	32
5.4 Rozhovor se sociální pracovnící	33
6 Atributy výzkumu	35
6.1 Parametry vzorku a použité metody	35
6.2 Výsledky šetření	35
6.3 Závěr šetření	38
Závěr	40
Literatura	41
Přílohy	44

Úvod

Téma, kterému se v bakalářské práci věnuji, reflektuje současné možnosti a úskalí při nápravě dětí s poruchami chování.

Praktická část práce je konkrétně zaměřena na účinnost dobrovolných diagnostických pobytů, realizovaných v Dětském diagnostickém ústavu v Praze.

V úvodu teoretické části je stručně charakterizován vývoj etopedické disciplíny, její terminologie a použité zkratky. Orientaci v problematice poruch chování ozřejmuje jejich klasifikace a legislativní východiska. Dále jsou podrobněji zmíněny faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku těchto poruch spolu s kapitolou věnovanou výlučně rodinnému a vnitřnímu působení. Závěr teoretické části nabízí přehledné členění etopedických zařízení realizujících diagnostiku, a taktéž druhů těchto pobytů, včetně diskuse nad aktuálními poznatky a tendencemi v tomto oboru.

Praktická část se již plně věnuje tématu práce. Úvod k problematice dobrovolných pobytů obstarávají volné rozhovory s odbornými pracovníky DDÚ. Poté jsou vytyčeny cíle šetření, charakterizován výzkumný vzorek a objasněny použité metody. Vlastní výsledky výzkumu jsou doloženy grafy a tabulkami.

Obsah práce za závěrečným zhodnocením doplňuje použitá literatura a přílohy.

1 Uvedení do oblasti etopedie

Na konci 60. let minulého století se etopedie začala profilovat jako samostatná disciplína speciální pedagogiky. Zásadním způsobem se především měnila terminologie cílové skupiny i samotný název disciplíny. Otázkami „*mravně vadných*“ se zprvu zabírala pedopatologie, po roce 1948 byla problematika „*obtížně vychovatelných*“ řešena defektologií respektive nápravnou nebo léčebnou pedagogikou. Od roku 1963 mluvíme o speciální pedagogice. Až do roku 1969 je etopedie součástí psychopedie, poté je vyčleněna jako samostatný vědní obor. V tomto roce tedy dochází k výuce etopedie, jako samostatného studijního oboru na třech pedagogických fakultách v tehdejší Československu.

/Šotolová, přednášky UK PedF 2007/

Aktuálně je etopedie plnohodnotnou a samostatnou vědní disciplínou, která nahlíží na poruchy chování, jako na kombinaci mnoha faktorů. Jedinec je vnímán komplexně a rozvoj deviantních vzorců chování není přisuzován jemu samotnému.

/Fischer, Škoda 2008/

1.1 Terminologie

Speciální pedagogika, jakožto i samotná etopedie, úzce souvisí s jinými vědními a pedagogickými obory. Zpravidla vycházejí z těch disciplín, které se zaměřují na člověka. Jsou to především pedagogika, psychologie, sociologie, etika, psychiatrie, genetika a neurologie.

V jiných oborech speciální pedagogiky vychází názvosloví převážně z medicínské oblasti, etopedie ovšem pracuje a přejímá termíny právní či sociologické.

U některých pojmů může docházet k větším neshodám z hlediska jejich chápání skrze obor. Některé je dokonce nutné definovat v kontextu regionu, respektive tak, jak jsou chápány a užívány např. v české literatuře.

- **ADD** > (*Attention Deficit Disorder*) - Jde o poruchu pozornosti často spojenou s hypoaktivitou
- **ADHD** > (*Attention Deficit Hyperactivity Disorders*) - Porucha pozornosti a hyperaktivní syndrom
- **CAN** > (*Child Abuse and Neglect*) - Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte
- **CNS** > Centrální nervový systém
- **DD** > Dětský domov
- **DDŠ** - Dětský domov se školou
- **DDÚ** > Dětský diagnostický ústav
- **Delikvence** > Obecné označení protispolečenské činnosti dětí a mladistvých. Pojem dětská delikvence vymezuje skutky jedinců mladších 15 let. Jde o konání takového stupně společenské nebezpečnosti, že by bylo trestným činem, kdyby se jej dopustila osoba trestně odpovědná. Juvenilní delikvence spočívá také v porušování legislativních norem konkrétního státu, ovšem jedinci ve věku 15-18 let.
- **Deprivace** > „Rozlišuje se deprivace biologická, motorická, senzorická, sociální a citová.“
/Hartl 2004, 46/

(Jde o neuspokojování základních psychických potřeb v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Psychická deprivace znemožňuje pozdější schopnost udržovat pozitivní vztah k okolí i sobě samému a navazovat s ním pevné a trvalé vztahy, neméně je zasažena vyrovnanost a vnitřní jistota. V našich

podmínkách se aktuálně vyskytuje hlavně tzv. citová subdeprivace, kdy jsou děti materiálně zabezpečené, strádají pouze v oblasti citové. To pak způsobuje odlišnosti v emocionalitě.)

/Kucharská, přednášky UK PedF 2007/

- **DÚM** > Diagnostický ústav pro mládež
- **LATA** > Laskavá alternativa trestu pro adolescenty
- **LMD** > Lehké mozkové dysfunkce - jde o funkční poruchu, která souvisí s nezralostí CNS.

„Někdy bývá problematika LMD ztotožňována či dokonce zaměňována se syndromem hyperaktivity ADHD. V české literatuře je LMD považována za základ pro ADHD. LMD nelze neurologicky zjistit v případě ADHD nebo ADD se jedná především o vývojovou změnu v distribuci dopaminových transmiterů. Tímto jsou ovlivněny prakticky všechny kognitivní funkce. 44% dětí s ADHD trpí dalšími poruchami.“

/Fischer, Škoda 2008, 110/

- **MKN** > Mezinárodní klasifikace nemocí
- **PL** > Psychiatrická léčebna
- **PPP** > Pedagogicko-psychologická poradna
- **PCH** > Poruchy chování
- **SPU** > Specifické poruchy učení (v naprosté většině případů mají integrativní charakter, cca deset škol v České republice pro žáky se SPU)
- **SVP** > Střediska výchovné péče (i pro děti se SPU, zajišťují skupinová sezení s rodiči)

1.2 Klasifikace poruch chování a legislativa

„Poruchy chování jsou kategorií, do které patří různě závažné odchylky ve vzorcích chování, které jsou z hlediska sociokulturní normy, psaných i nepsaných pravidel společenského soužití pro danou společnost nežádoucí, nechtěné nebo až nepřijatelné.“

/Fischer, Škoda 2008, 20/

Z tohoto vymezení tedy vyplývá, že zásadní otázkou pro jejich klasifikaci je jejich společenská závažnost a nebezpečnost tj. zda jsou projevy chování ve sféře disociální, asociální či antisociální.

Disociální poruchy chování většinou nevyžadují účast speciálních institucí, případně metod nebo prostředků. Můžeme sem zařadit lhaní, vzdorovitost, zlozvyky atp. Krátce mohou souviset s určitým vývojovým obdobím nebo být symptomy LMD, ADHD.

Asociální poruchy chování již vyžadují intervenci ze strany odborníků, důsledky této poruchy jsou však závažnější pro samotného nositele než pro společnost. V této kategorii můžeme uvést útěky spojené s toulkami a záškoláctvím či zneužívání psychotropních látek, ještě nezpůsobující těžkou závislost. (Asociální a disociální chování nemusí být předmětem sankcí.)

Dětská delikvence a juvenilní delikvence, které jsou v kriminalistické praxi označovány jako kriminalita dětí, spadají do antisociálních poruch chování. Jde zde již o závažné protisociální činy, definované trestním právem. V případě nejtěžších přečinů není dětský delikvent umístěn v některém z Diagnostických ústavů, ale rovnou putuje do specializovaného zařízení. U nás toto zajišťuje

DDŠ Boletice, kde je i oddělení pro extrémní poruchy chování tzv. „EPCHO.“
/Fischer, Škoda 2008/

1.2.1 Klasifikace dle MKN

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci jsou v MKN uvedeny pod kódem F90-98. Samotné poruchy chování spadají pod označení F91.

„F91 jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takovéto chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřené věku, a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci. Ojedinělé disociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý.“
/MKN 2006, 205/

1.2.2 Právní úpravy delikvence mládeže

Vycházíme zde ze zákona č. 218/2003 Sb., který je klíčový při rozhodování soudu pro mládež. Přestupky spáchané dětmi mladšími 15 let, nejsou definovány jako trestný čin, nýbrž jako provinění. Soud přitom respektuje jistá specifika zacházení s těmito osobami. Jedná se o chování přiměřené věku, duševní vyspělosti, zdravotnímu stavu jedince, a to za použití postupů, jež nenaruší psychickou či sociální rovnováhu v jejich duševním vývoji. Také při výslechu je nutno jednat s pachatelem ohleduplně a šetřit jeho osobu.

V případě mladistvých jsou navíc posléze poskytovány různé asistenční služby (probační a mediační, projekt LATA atp.) Zákon z roku 2003 umožňuje uložení celé škály výchovných opatření a omezení např. dohled probačního úředníka, zařazení do vhodného výchovného programu nebo uložení ochranné výchovy. Tyto postupy jsou v současnosti žádoucí, účinnost samotného podmíněného odsouzení u delikventní mládeže je mizivá. Vychází se i ze studií o výši trestu, který má nulový nebo velmi malý vliv na kriminální chování dospělé populace. Pachatelé věří, že nebudou vypátráni. Navíc trestná činnost mládeže je skoro vždy neplánovaná - impulsivní.

Statistické údaje Ministerstva vnitra dokládají snížení počtu trestných činů páchaných mládeží, zvyšuje se však jejich brutalita. Výrazný pokles byl zaznamenán právě po roce 2003. S úpravou legislativy je to spatřováno i ve větším přínosu prevence, která je schopna jasně si definovat cílovou skupinu a snaží se vyvarovat paušálně nejhorším postupům, spočívajícím v pasivním poskytování informací pouze ohroženým skupinám.

2 Faktory zvyšující možnost vzniku a rozvoje poruch chování

Příčiny vzniku a rozvoje poruch chování jsou multifaktoriální. Vzájemná interakce těchto faktorů má posléze vliv na eventuální rozvoj PCH. Znalost příčin, které jsou důsledkem poruch chování, je nezbytná pro odstranění jejich projevů. *(Ilustrativní příklad uvádí Fischer a Škoda 2008, kdy jedinec s ADHD, jehož příčinou je dysfunkce CNS, dostává jako trest úkol vyžadující vyšší koncentraci a vytrvalost, čímž je pouze znásobena intenzita a frekvence nežádoucího chování, které je jedním ze symptomů ADHD.)*

V běžných školských institucích není samozřejmostí projevy poruch chování obvykle zvládat. Např. Vojtová (2008) považuje děti s poruchami chování za nejvíce ohrožené vylučováním ve školách hlavního proudu. Běžná škola není ani prozatím schopna zvládat hendikepy, které si s sebou přinášejí děti z jiného kulturního prostředí. Určitá nepřipravenost pedagogů na práci s minoritami je nadále nejmarkantnější v interakci s romskými dětmi. *(Poslední dobou jsou ovšem do DDÚ přijímány i děti tzv. „druhé generace,“ tj. méně motivované vietnamské děti.)* Přestože se realizují přípravné třídy a někde pomáhají romští asistenti, nejvýraznější příčinou neúspěšnosti romských dětí zůstává jejich nedostatečné zvládnutí vyučovacího jazyka.

(Důležité strategie pro tuto oblast uvádí Šotolová 2000 tj. vyjma lepšího osvojení českého jazyka rozvíjet jazyk, kulturu a tradice Romů vůbec, spolu s rozšířením hudební a pohybové výchovy, zařazením výuky romštiny jako nepovinného předmětu aj.)

2.1 Biologické faktory

Mezi biologické faktory patří v první řadě pohlaví, které prostřednictvím mužského pohlavního hormonu testosteronu, umocňuje tendence k agresivním způsobům chování. Dalším významným činitelem je věk. První z vývojových poruch chování se objevují v pěti letech věku v souvislosti s hyperkinetickými poruchami. Ve větší míře pak v pubescenci a adolescenci.

Dalším determinantem je úroveň mentálních schopností. PCH bývají spojené s nižší intelektovou kapacitou, což nevylučuje jejich výskyt i u jedinců s nadprůměrnými rozumovými schopnostmi. Jedinci s narušenou strukturou nebo funkcí CNS, jsou v případě organického poškození agresivnější a reakčně nevyzpytatelní.

/Fischer, Škoda 2008/

2.1.1 Temperamentové dispozice

Povahové vlastnosti jedinců a jejich základní dělení jsou všeobecně dobře známé. Temperament je vrozený, a proto se s ním musíme naučit žít. (*Lze jej samozřejmě kultivovat a vhodnými technikami jaksi zjemňovat.*) Hned raný věk dětí nám mnoho napoví o strategiích nutných při pozdější výchově, jelikož již zde dítě zřetelně projevuje svůj temperament.

Sangvinik bývá dobře reagující klidné dítě, tedy snadno vychovatelné, adaptuje se dobře na změny, bez problémů přijímá potravu a dobře prospívá, kladně reaguje na podněty. Mezi nesnadno vychovatelné dítě je řazen choleric či melancholik. Děti mají problémy s biorytmy, jsou dráždivé a plačtivé, potřebují častěji chovat. Flegmatik vyžaduje větší stimulaci pro svou pasivitu

a apatii. Biorytmy má však pravidelné a je citově vyrovnaný. V řeči čísel můžeme zhruba konstatovat, že sangviniků je 40%, flegmatiků 15% a nesnadno vychovatelných dětí 11%. Zbytek dětí nelze přesně zařadit.

/Helus, přednášky UK PedF 2007/

Současné výzkumy, zabývající se temperamentovými individuálními rozdíly, považují za důležité již zmíněné neurotransmitery (viz. Kap 1.1 LMD), tedy látky, které přenáší informace mezi neurony. Jedním z nich je serotonin, jehož nedostatek je spojen s depresí, ale i s agresí a impulzivitou. Druhým je dopamin, kterým mimo jiné mozek odměňuje sám sebe za úspěšnou akci.

/Říčan, 2007/

2.2 Psychologické a sociální faktory

Psychické a sociální faktory víceméně splývají, jelikož je zde základním rizikovým činitelem rodina. Z její dysfunkce vzniká deprivace respektive subdeprivace. Poruchy chování jsou samozřejmě spojeny i se syndromem CAN.

Z psychologického pohledu vyvstává, že dospívající děti víceméně experimentují s kriminálním chováním a testují kontrolní mechanismy dospělých. S nástupem rané dospělosti postupně jejich nekonformní chování vyhasíná, což koresponduje s Eriksonovými stádii vývoje jedince. Každé období je charakteristické psychosociální krizí a adolescent hledá vlastní identitu v kontrastu s vlastní nejistotou. Vymezení se vůči rodičům a jiným autoritám je víceméně nezbytné a naznačuje zdravý vývoj.

/Langmeier, Krejčířová 2006/

(Psychologové často neformálně popisují čtyři fáze, které by se měly uskutečnit v interakci otce a syna. Tj. „měli by se pomazlit“ - „provozovat nějakou společnou zálibu“ - „náležitě se pohádat“ a v případě syna „včas odejít z domu.“)

Nefunkční rodiny často predikují, že základní potřeby bývají uspokojovány jinde. Jedinec dodatečně uspokojuje potřebu sounáležitosti, lásky, jistoty a bezpečí v jiné sociální skupině. V případě poruch chování to jsou party, které k přijetí do kolektivu vyžadují asociální či antisociální vzorce chování.

Matoušek k těmto aspektům uvádí hlavní faktory, úspěšně používané k predikci delikvence:

„Disciplína uplatňovaná otcem vykazuje striktní či laxní přístup. Vztah k dítěti je indiferentní nebo nepřátelský. Vztah matky je taktéž lhostejný či hostilní. Soudržnost rodiny je nízká nebo žádná.“

/Matoušek 1998, 257/

Většina jedinců v tomto období přesto dokáže své chování udržet v mezích normality, která je většinovou společností tolerována. Jde zde o konformní vzorce chování či alternativní, které jsou nápadnější a mírně provokující. Alternativní status některých subkultur však může mít nakročeno k deviantnímu chování, které přesahuje pásmo tolerance.

Pomyslná hranice, za kterou již většinová společnost neakceptuje asociální projevy chování, se označuje jako tzv. zlomový bod. Za tímto předělem míra tolerance končí a chování jedince je vnímáno jako delikventní a tudíž i sankcionováno.

Psychické abnormality ovšem nelze chápat jako hlavní motivaci k delikventnímu chování. Na současné úrovni poznání se prozatím nepodařilo podat důkaz o existenci typických psychických charakteristik a sociálních vlivů, které by nutně předurčovaly jedince ke kriminálnímu vývoji. /Langmeier, Krejčířová 2006/

2.2.1 Vzorce osobnosti delikventa

Socializovaný typ vykazuje činy, které mají epizodický charakter a z hlediska etopedie jde o jedince s běžně fungujícím prožíváním a svědomím.

Neurotický typ bývá jedinec často se vyrovnávající s důsledky citové deprivace, týrání atp. Uvěznění těchto jedinců je cestou k prohloubení a rozvoji dalších poruch. Jedná se např. o agresí, autoagresí či suicidiální pokusy, což je nutno brát v potaz při přijímání dětí na tzv. záchytná oddělení, jež jsou běžnou součástí ústavů.

Nesocializovaný typ (dříve psychopati, sociopati) postrádá vzhledem ke své oploštělé emocionalitě jakékoli morální hodnoty a pocity viny, kladná stimulace je zde považována za ztracenou a vyhlídky na neopakování delikventního chování jsou mizivé.

Mentálně insuficientní typ vyžaduje - vzhledem k míře jejich ovlivnitelnosti, tedy nekritického přijímání názorů druhých a posléze jejich realizaci - především ochranu ze strany pedagogů a vychovatelů.

Deviantně socializovaný typ potvrzuje Sutherlandovu teorii diferenciatní asociace, kdy si jedinec zvnitřní normy skupiny, která je však z pohledu většinové společnosti deviantní. Tento případ nejvíce vybízí k polemice nad psychologickými rozdíly mezi běžným a delikventním jedincem.

Typ s masivní psychickou poruchou (psychotický) nespadá do etopedické péče, vzhledem k výskytu psychických onemocnění patří do psychiatrického opatrování.

/Fischer, Škoda 2008/

2.2.2 Farmakologická intervence

Prognóza vývoje poruch chování v dětství je oproti některým jiným vývojovým poruchám např. SPU, ADHD nepříznivější. Náprava se zpravidla neobejde bez pedagogicko-psychologického poradenství, volnočasových aktivit strukturovaných odborníkem a edukativní pomoci.

Vhodně zvolená medikace může také představovat zlomový bod při nápravě poruch. Aplikace léků ovšem vyžaduje úzkou spolupráci psychologa s psychiatrem. Podávají se psychofarmaka, neuroleptika, anxiolytika (úzkost). Psychostimulancia (Ritalin), jsou podávána na základě teorie, že příčinou hyperaktivity je funkční porucha dráždivosti v CNS.

/Fischer, Škoda 2008/

Případná psychoterapie vychází ze skupinových technik na posílení kladných vzorců chování. Konkrétně jde o sociálně-dramatické či etické situační hry, které vytvářením modelových podmínek s vyhraněným dobrem a zlem, fungují jako alternativní prostředek sociálního učení.

/Balvín, 2007/

3 Rodinné a endogenní aspekty

Některé rodinné vlivy na osobnost jedince byly již zmíněny v kapitole o psychologických a sociálních faktorech. Rodina je významnou jednotkou, která prochází mnohými proměnami, jež je nutné uceleněji nahlédnout.

Historicky základní funkcí rodiny bylo přežití jejích členů. Domácnost (rodina a čeleď) tvořila hospodařící skupina, zajišťující vlastní produkční činností ekonomické přežití. Dnes již těžiště rodiny nespočívá v práci, ani není potřeba k fyzickému přežití jedince. Snižuje se její stabilita a dochází k rozpadu vícegeneračních rodin. Navíc se ztrátou ekonomické a sociální péče rodiny přichází spousta hodnotových změn. Sekularizace, institucionální péče aj. přinášejí nové problémy do nejzákladnějších procesů v rodině (např. úmrtí). Chybí zde tzv. ritualizace smrti, tedy proces, který umožňuje členům rodiny zdravě zpracovat takovouto skutečnost.

/Havlík, přednášky UK PedF 2007/

Existence institucí suplujících funkce rodiny je v kontextu současných trendů nezbytná, nicméně úprava jejich fungování není nemožná. Diskuse o částečné deinstitutionalizaci bývá častým námětem při úvahách nad fungováním sociálního sektoru. I samotná speciální pedagogika užívá ve své terminologii pojem *facilitace*, což rozhodně neznamená plnit zástupnou roli, nýbrž pouze usnadnit určité procesy náznakovou pomocí - dodáním impulsu.

Z pohledu dítěte stojí rodina na začátku a má jedinečnou možnost ovlivňovat jeho vývoj v nejranějších fázích, a tak nejpřirozenějším způsobem uspokojovat jeho

základní psychické potřeby. Rodina je modelem mezilidských vztahů, který si dítě ponese dál do života a s nímž bude konfrontovat všechny další vztahy, do nichž samo vstoupí.

Ekonomická situace rodiny a také struktura rodiny (její úplnost) nemusí samy o sobě ohrožovat vývoj dítěte, pokud nejsou spojeny s nepříznivými osobnostními rysy rodičů nebo s nedostatky ve vztazích k dítěti. Z pohledu etopedie je tedy neúplná či doplněná rodina brána pouze jako riziková.

Psychický vývoj dítěte uvnitř rodiny je dnes velmi podrobně nahlížen, je zmiňováno mnoho skutečností, které již od narození rozhodují o jeho budoucím směřování. Etopedická diagnostika musí brát v potaz vývoj jedince od raného dětství. Jeho stručná charakteristika je součástí každé závěrečné pedagogicko-psychologické zprávy, proto je nutné uvést jeho částečnou periodizaci s důrazem na kritická vývojová období.

3.1 Kritická vývojová období dítěte

„Ve vývoji existují stadia, kdy je jedinec zvláště vnímavý k určitým vlivům nebo podmínkám. Pouze tehdy, nastanou-li tyto příležitosti, může se realizovat příslušná část genetického programu. Vzniklý nedostatek už není možno napravit, nebo jen výjimečnými a dosud neznámými zásahy.“
/Říčan 2007, 157/

Současná stadia vývoje jedince jsou podrobně popisována už od prvních dnů prenatálního vývoje. Výzkumy zdůrazňují aktivitu plodu, náchylnost vůči vnějším vlivům, jeho velmi brzkou schopnost sociální interakce atp. Intrauterinní období ve vývoji jedince, je také tím prvním, kde může docházet k nevratným změnám. Tato kritická období biologického vývoje (oproti psychickému), jsou dnes dobře

známa. Leckterá zdravotní rizika prostupují celým životem a jsou s ním pevně spjata - s vývojem celé společnosti jich však přibývá.

Na etopedii a celou speciální pedagogiku můžeme vztáhnout např. rozvoj úrovně v oblasti postnatální péče. Specializovaná poporodní oddělení ve zdravotnictví jsou schopna zajistit přežití výrazně nedonošených dětí, jejichž celková nezralost zvyšuje riziko výskytu budoucích poruch.

„Kolem 2% je postiženo těžce, ale pravděpodobnost lehčích postižení nebo funkčních odchylek CNS je značná.“
/Langmeier, Krejčířová 2006, 25/

Novorozenecké a kojenecké období je tedy pro etopedii stejně důležité, jako pro jiné obory. Oproti prenatálnímu stadiu (kde jsou sledovány zejména biologické vlivy), má kojenecké období již jasně definovaná psychologická rizika, která jsou - na rozdíl od dalších složek a etap vývoje členěných z pohledu mnoha teorií - všeobecně akceptována. V první řadě je to případná deprivace, respektive citová deprivace a s ní spojené nevratné změny, které jsou způsobeny emočním strádáním.

Důvěra ke světu se buduje přes důvěru k osobě blízké a jakákoliv neadekvátní péče predikuje pozdější komplikace. Specifické sociální pouto, které se zhruba v sedmém měsíci vytváří mezi osobou pečující a dítětem, určuje jeho sociální chování v pozdějším věku a je proto nezbytnou součástí příznivého rozvoje dítěte.

/Langmeier, Krejčířová 2006/

Každá další stadia vývoje mají také svá specifická pravidla. Proces vývoje psychiky je kontinuálně-kumulativní a každé období s sebou přináší nové úkoly. Z pohledu

biodromální psychologie však nemají tato tzv. „citlivá období ve vývoji dítěte“ takový dopad na pozdější prožívání a vývoj, jako strádání v prvních měsících života. (Např. ztráta pouta v kojeneckém období tzv. „anaklitická deprese,“ je mnohem intenzivnější než pozdější separační reakce dítěte v batolecím věku.)

/Kucharská, přednášky UK PedF 2007/

Říčan 2007 k celé problematice dodává, že kritická období v psychickém vývoji člověka nejsou prozatím známá. Tyto etapy označuje jako „senzitivní období,“ kdy je psychika k určitým vlivům zvláště vnímavá, ovšem ne tak silně, aby tyto vlivy vztahoval na oblast, kterou vnímá jako kritická období.

4 Současná ústavní výchova

Dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a jeho pozdějších úprav dle zák. č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb.

Etopedická péče je aktuálně realizována v několika speciálních školských zařízeních. Tyto instituce zajišťují podmínky pro výkon ústavní a ochranné výchovy či preventivní péče. Uvedená speciální školská pracoviště v sobě zahrnují Dětské domovy (DD), Dětské domovy se školou (DDŠ), Výchovné ústavy (VÚ), Diagnostické ústavy pro mládež (DÚM) a Dětské diagnostické ústavy (DDÚ).

Ústavní výchova je stabilně vnímána dosti negativně, a to jak ze strany odborníků, tak i laické veřejnosti. Znalecké posudky povětšinou vytýkají ústavní péči její izolovanost od reálného života. Poukazují, že ústavní výchova nezabezpečuje dostatečně kvalitní prostředí pro život a vývoj dítěte a jeho přípravu na budoucí úspěšný život ve společnosti. Navíc je tato forma náhradní rodinné výchovy pro stát ve srovnání s pěstounskou péčí nesrovnatelně finančně nákladnější, což nelze rovněž popřít. Jde samozřejmě o objektivní připomínky, jejichž naplnění záleží na sociální politice státu a vůli ve společnosti přesunout péči do profesionálních rodin atp. (*viz. Kapitola 4.3*).

(Záporný postoj veřejnosti k ústavům, potažmo k ústavním pracovníkům a nezřídka i k dětem zde vychovávaným, je částečně podpořen negativním laděním některých kinematografických děl. Bývají v nich akcentovány

záporné osobnostní rysy dětí, vychovávaných „bez kladného emočního přijetí“ pracovníky ústavů atp. Navíc se zpravidla odehrávají v dobách socialistické éry, jejíž neradostná realita je zde navíc reflektována velmi diskutabilně.)

4.1 Diagnostické ústavy

Samotné diagnostické pobyty jsou v současnosti realizovány ve třech typech etopedických zařízení, jímž jsou DDÚ, DÚM a SVP. Diagnostické ústavy zabezpečují pobyty na základě rozhodnutí soudu i dobrovolné diagnostické pobyty. Střediska výchovné péče pro děti a mládež poskytují všestrannou preventivně výchovnou péči, ale realizují se v nich pouze diagnostické pobyty dobrovolné.

4.1.1 Dětské diagnostické ústavy

DDÚ je koedukované internátní školské zařízení náhradní výchovy. Přijímá děti ve věkovém rozpětí od tří do patnácti let, respektive do ukončení povinné školní docházky. Důvodem mohou být poruchy chování na jakémkoli podkladě, kritická sociální situace rodičů atp. Dále jsou zde k dočasnému pobytu přijímány děti zadržené policií ČR, ovšem pouze za předpokladu, že jsou na útěku z jiných školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy.

Dítěti je zde během pobytu věnována maximální pozornost v podobě celodenního programu, který je vytvářen za spolupráce psychologů, etopeda, odborných vychovatelů a speciálních pedagogů. Chodí zde do školy, účastní se různých komunitních setkání, individuálních pohovorů s psychologem, etopedem a volnočasových aktivit pod dohledem odborných vychovatelů. Nezbytný kontakt s rodinou zabezpečují nejen psychologové, ale i sociální pracovníci.

Na základě souhrnných poznatků, které odborní pracovníci o dítěti získají, je zpracována komplexní diagnostická zpráva s výchovnými a vzdělávacími doporučeními. Ta obsahuje i tzv. program rozvoje osobnosti, jehož naplňování je posléze kontrolováno ve formě pravidelných inspekčních cest odborných zaměstnanců. Komplexní vyšetření zpravidla netrvá déle než osm týdnů, pakliže je k dispozici vhodné zařízení pro umístění dítěte.

4.1.2 Diagnostické ústavy pro mládež

DÚM je nekoedukované výchovné internátní zařízení. Důvody přijetí jedince jsou obdobné jako v DDÚ. Ke komplexnímu vyšetření přijímá mladistvé, kteří ukončili povinnou školní docházku až do 18 let, výjimečně 19 let.

Poslání a úkoly DÚM jsou shodné s DDÚ. Rozmísťuje mladistvé do adekvátních zařízení v obvodu své působnosti, vede jejich evidenci a přijímá k přechodnému pobytu na záchytném oddělení jedince zadržené na útěku.

4.1.3 Střediska výchovné péče

SVP patří v etopedii do oblasti preventivně-výchovné péče. Nabízejí intenzivní terapeutickou intervenci problémovým jedincům (pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy), tedy všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péčí a psychologickou pomoc. Osobám odpovědným za výchovu těchto dětí rovněž poskytují konzultace, odborné informace a pomoc. Navíc dětem propuštěným z ústavní výchovy usnadňují jejich integraci do většinové společnosti.

SVP jsou koedukovaná zařízení a svojí působností víceméně vytvářejí přechod mezi výchovným poradenstvím, ambulantní péčí a ústavní péčí. Své služby mohou poskytovat

i za úplatu, a to v případě, že se jedná o soukromou instituci. Výchovná forma může být ambulantní, internátní či kombinovaná, stále se ovšem jedná pouze o funkci podpůrnou, za výchovu dětí nadále plně zodpovídají rodiče. Obecně jde o jakousi poslední šanci před umístěním do zařízení pro výkon ústavní výchovy.

4.2 Druhy diagnostických pobytů

Diagnostické pobyty je možné rozdělit do dvou skupin. První tvoří diagnostické pobyty na podkladě soudního rozhodnutí, kdy je dítěti nařízena ústavní výchova (ÚV), uložena ochranná výchova (OV) nebo bylo na dítě vydáno předběžné opatření (PO). Do druhé skupiny řadíme diagnostické pobyty dobrovolné (DDP), kdy o umístění dítěte v důsledku poruch chování žádají jeho zákonní zástupci.

Děti umístěné na podkladě soudního rozhodnutí se po ukončení pobytu dislokují do jednotlivých školských zařízení pro výkon ÚV nebo OV, vyjma dětí s nařízeným předběžným opatřením, které se stejně tak jako děti s DDP mohou vrátit domů, pakliže soud PO zruší.

4.2.1 Dětský dobrovolný pobyt

DDP jsou zajišťovány na žádost rodičů. Právním podkladem pro přijetí klienta je dohoda o dočasném umístění (zpravidla dvouměsíčním), uzavřená mezi zákonnými zástupci, klientem a vedením ústavu. Se žádostí o přijetí přicházejí především rodiče v okamžiku, kdy selhávají běžné výchovné postupy. Tuto dohodu může kterákoli ze stran ihned vypovědět.

4.2.2 Předběžné opatření

PO je termín používaný pro úkon soudu, kterým se prozatímně upravuje určitý poměr ještě dřív, než o něm dojde ke konečnému rozhodnutí v příslušném řízení, nebo se zabezpečuje možnost provedení takového konečného rozhodnutí, které by mohlo být jinak ohroženo.

Soud nařizuje předběžné opatření v případě, že se nezletilé dítě ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy nebo narušeny.

(Zák. č. 500/2004 Sb., a zák. č.99/1963 Sb.)

Předběžným opatřením tak může soud nařídít umístění nezletilého do ústavní péče, aniž se zdržuje začátek reedukace nebo diagnostiky. Jeho zrušení je možné po uplynutí jednoho měsíce.

4.2.3 Ústavní výchova

ÚV se nařizuje pouze v případech, kdy poruchy chování jedince nedosáhly intenzity trestného činu.

Jde o opatření vůči jedincům maximálně do devatenácti let věku, které ukládá příslušný soud podle zákona o rodině v občansko-právním řízení. Nařizuje se v případech, kdy jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo když rodiče nemohou výchovu z vážných důvodů zabezpečit. Soud může uložit ÚV i v případech, kdy jiná výchovná opatření nepředcházela, je-li to nutné v zájmu jedince. Nařizuje se tedy z důvodů sociálních i výchovných. Její zrušení je možné půl roku po odvolání.

4.2.4 Ochranná výchova

OV je ochranné opatření podle zákona č.218/2003 Sb. o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže.

Soud pro mládež může uložit ochrannou výchovu v případě, že čin byl spáchán dítětem ve věku 12-15 let a lze za něj dle trestního zákona uložit výjimečný trest nebo taktéž mladistvému ve věku 15-18 let, a to tehdy, jestliže ochranná výchova podle rozhodnutí soudu splní svůj účel lépe než uložení trestu odnětí svobody.

OV se uskutečňuje ve speciálních výchovných ústavech v resortu školství. Trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do osmnácti let věku. Nebylo-li do tohoto věku účelu ochranné výchovy dosaženo, může soud pobyt svěřence o jeden rok prodloužit. Její uložení se nezaznamenává do trestního rejstříku.

4.3 Aktuální poznatky a tendence v etopedii

Společným jmenovatelem připomínek, týkajících se optimálního směřování péče o děti s poruchami chování, je její přesun z ústavů do malých skupin. Jak již bylo výše řečeno, realizace těchto snah na státní úrovni, je prozatím v začátcích (např. *DD Radost*) a neobejde se bez spolupráce se sponzory, neziskovými organizacemi atp.

Znatelně lepší situace je v oblasti péče o mládež, která prošla nějakou formou ústavní péče a nemá potřebné zázemí v rodině. („V zahraničí jsou dokonce ústavy pro nedelikventní mladistvé, kteří nechtějí dále žít s rodiči!“) V našich podmínkách jde o tzv. Domy na půl cesty, které jsou k dispozici nejen díky několika občanským sdružením, ale bývají i součástí DD, DDŠ atp. Další

alternativou ústavní výchově je vize tzv. profesionálních rodin, které by místo ústavů opatrovaly jedince, zatímco by docházelo ke snaze upravit poměry v rodině - odkud jedinec pochází - natolik, aby se do ní mohl opět vrátit. Což ovšem dle zákona o rodině není prozatím možné.

Argumentů pro neústavní formy práce s delikventy je mnoho. Prvořadý význam vrstevnické skupiny predikuje kolektivní péči o rizikovou mládež také značnou rizikovost.

„Ideálem by bylo složení skupin z delikventních a nedelikventních jedinců, jelikož výzkumy v centrech pro rizikovou mládež prokázali, že rozhodujícím činitelem pro prevenci dalšího asociálního chování není program ani pedagogická dovednost vedoucího, ale je jím složení skupiny.“

/Matoušek 1999, 72/

Matoušek pokládá i radikální otázky: „Co je v ústavní péči nezbytné a co je postradatelným balastem?“ Tímto naráží na skutečnost, že v některých ústavech připadá na jednoho klienta jeden zaměstnanec, přičemž technického personálu bývá víc než profesionálů, vykonávajících přímou pedagogickou práci.

Polemika nad všemi neduhy v kontextu ústavní péče není možná bez dialogu, nicméně Matoušek dále uvádí: „Adaptaci na umělé ústavní podmínky doprovází snižující se schopnost adaptace na neústavní civilní život tj. snadná orientace, plné zaopatření, redukovaný prostor a redukovaná odpovědnost - kontra vnější nepřehledný svět.“

5 Volné rozhovory s odborníky dětského diagnostického ústavu

Častým tématem diskusí mezi odbornými pracovníky v DDÚ, je otázka, zda mají dobrovolné diagnostické pobyty svůj nápravný smysl, a pokud ano, jak jsou účinné, jakou mají efektivnost. Proto byly v rámci aplikovaného empirického výzkumu vedeny s vybranými pracovníky DDÚ volné rozhovory, které upřesňují tuto problematiku a slouží jako podklad pro vytyčení cílů výzkumného šetření.

Rozhovory byly vedeny s psycholožkou, ředitelem, sociální pracovnící a vedoucím vychovatelem. Všichni jmenovaní mají minimálně desetiletou zkušenost s prací v DDÚ. Všem účastníkům rozhovorů byla položena jedna základní tematická otázka: „*Jaké jsou vaše zkušenosti s DDP?*“ V případě, že to bylo nutné, byla položena doplňující otázka.

5.1 Rozhovor s psycholožkou

Pracuji v ústavu přes 20 let a za tu dobu jsem měla možnost setkat se s velkým počtem dětí, které k nám byly umístěny jak na DDP, tak na ÚV nebo PO. Přesný počet takto neodhadnu, dětí umístěných DDP je však mnohem méně, než ostatních pobytů. Cílem DDP je nalézt příčinu problémů, se kterými dítě do ústavu přichází a pokusit se jeho problémy řešit ve spolupráci s rodiči i po ukončení pobytu u nás, formou tzv. post-péče. Post-péče znamená, že dítě po ukončení pobytu dochází do ústavu ambulantně 1x až 3x do týdne podle potřeby na individuální konzultace. Samozřejmě, že není třeba, aby každé dítě na post-péči docházelo a ne každé dítě, které by mělo na post-péči docházet, na ni také dochází. Jde v podstatě o jakousi dobrovolnou dohodu.

Problém začíná v okamžiku, kdy na post-péči chodí dítě nespolupracujících nebo špatně spolupracujících rodičů. Z mých zkušeností vyplývá, že se takové dítě přestane velmi brzy dostavovat.

Doplňující otázka: *„Vidíte v selhání docházky na post-péči možnou příčinu opětovného návratu dětí do ústavu, ale již s nařízeným soudním opatřením?“*

Ne tak docela. Těch příčin, kvůli kterým je DDP neúspěšný bývá mnohem více. Nedochození na post-péči je jen zástupný problém. Je třeba si uvědomit, že pokud má dítě v reálném „neústavním“ prostředí problémy se svým chováním, příčina v drtivé většině případů není v dítěti samém, ale týká se např. špatného výchovného stylu rodičů. Pokud ani rodič není motivován k tomu, aby spolupracoval, těžko k tomu přimět i dítě, které se z post-péče vrátí domů a rodiče ani nezajímá, co se na post-péči dělo. Terapeutický efekt je u těchto dětí velmi malý a většinou bývá řešením rozhodnutí o ústavní výchově.

Stává se velmi často, že se dítě po absolvování DDP vrátí do ústavu a vím, že je často předmětem sporů o to, jestli má vůbec cenu organizovat DDP. Osobně si myslím, že to cenu má, protože pokud je na dítě soudně uvalena ústavní výchova, znamená to, že takové dítě může strávit v ústavu několik let a ústavní prostředí není pro vývoj mladého člověka nic ideálního. Je tu samozřejmě i jisté - nezanedbatelné - procento dětí, pro které je DDP úspěšné a kvůli nimž má cenu DDP organizovat.

Doplňující otázka: *„Kolik je to tedy procent?“*

To si netroufám odhadnout, ale domnívám se, že by to mohlo být tak 1:1.

5.2 Rozhovor s ředitelem

Moje zkušenosti jsou spíše zprostředkované od pracovníků tohoto ústavu. Často slýchám názory pro i proti DDP. To, jaký názor je konkrétním pracovníkem zastáván, záleží na tom, v jakém ohledu se s dítětem na DDP ten který pracovník setkává. Názor, že DDP mají svoji účinnost, zastávají většinou psychologové, kteří s dětmi pracují na jiné rovině, než třeba odborní vychovatelé, kteří je vidí zase z jiného úhlu. Právě v rozdílných úhlech pohledu různých pracovníků na dítě vidím vysoce pozitivní přínos celé diagnostiky.

Je fakt, že mnoho dětí po návratu z DDP selže a soud pak většinou rozhodne o ústavní výchově. Z tohoto pohledu se jeví selhávání dětí umístěných na DDP jako neúčelné, ale já vidím chybu spíš v systému. Dítě se většinou vrací do stejných konfliktních vztahů, z jakých k nám přišlo. Není v našich silách ovlivnit prostředí, ve kterém dítě žije, a proto nebudu spekulovat o účelnosti nebo neúčelnosti DDP.

5.3 Rozhovor s vedoucím vychovatelem

Nejdříve bych rád upozornil na to, že slovo „dobrovolný“ ve zkratce DDP, není zase tak úplně pravdivé. Ve skutečnosti dítě do ústavu nenastupuje dobrovolně a ve většině případů sem dítě dobrovolně neposílají ani sami rodiče dítěte. Vždy se jedná o jistý druh nátlaku ze strany školy nebo kurátorů na rodiče, aby sem dítě poslali. V opačném případě to většinou končí vystavením předběžného opatření soudu a dítě sem jde tak jako tak, ale s perspektivou, že v ústavu zůstane déle a odborní pracovníci tak mají větší možnosti, jak s dítětem pracovat.

Z vlastní zkušenosti vím, že pouhé dva měsíce, které si zde dítě tzv. „odkroutí“ nestačí na to, aby v dítěti

proběhly nějaké zásadní změny, o které se tu snažíme. To je také důvod, proč se většinou do jednoho roku od skončení DDP mnoho dětí vrací zpět do ústavu, ale již s nařízeným soudním rozhodnutím.

Škola nebo kurátor, od kterých vzniká podnět k umístění dítěte na DDP, to chápou většinou jako dvouměsíční oddech od problémového dítěte, a to je právě ta chyba. Chybí zde užší spolupráce mezi ústavem a školou, ústavem a rodiči. Smysl by mělo prodloužení pobytu na minimálně půl roku. Další problém je, že děti s DDP jsou zde společně s dětmi s nařízeným PO či ÚV, které mají za sebou již slušnou delikventní historii. Tyto děti nejsou na počátku pobytu absolutně motivované k tomu, aby své chování pod naším vedením zlepšovaly. Děti na DDP to pak v jejich přítomnosti demotivuje také.

5.4 Rozhovor se sociální pracovníci

Jako sociální pracovnice DDÚ spolurozhodují s psychologkou o přijímání dětí na DDP. Zájem škol a kurátorů o umístování dětí na DDP k nám je větší, než na co máme kapacitu. Je to tím, že přednost mají děti se soudním nařízením, ty nelze odmítnout. Proto zabírají DDP podle mého odhadu asi desetinu celkové kapacity ústavu. Musíme proto děti na DDP vybírat. To děláme podle několika kritérií.

1. dítě na DDP by nemělo mít za sebou nějakou závažnou a rozsáhlou trestnou činnost
2. nemělo by být závislé na drogách (tento bod je ale v současné době obtížně splnitelný, protože drtivá většina našich klientů má již nějakou zkušenost s drogou, která se ale nedá nazvat pouhým experimentem)

3. rodinné poměry musí být takového rázu, že zaručují aspoň minimální spolupráci s námi a to i po skončení DDP, ve formě tzv. post-péče

Doplňující otázka: *„Liší se od sebe nějak děti s takto předem dohodnutými parametry?“* *„Pokud ano, jak?“*

Samozřejmě, že liší. Přicházejí sem děti z různých sociálních vrstev. Bylo by hlubokým omylem se domnívat, že problémové dítě, které potřebuje umístění v DDÚ, přichází pouze z nižších sociálních vrstev. Vyskytují se tu i děti velmi bohatých rodičů, kteří jsou ale výchovně nedůslední a na dítě přestávají stačit.

6 Atributy výzkumu

Cílem šetření je zjistit, zda dobrovolné pobyty realizované v DDÚ Krč plní svůj preventivní účel, tedy jaká je jejich efektivita. Spolu s tímto hlavním cílem jsou zákonitě sledovány další faktory, které jsou součástí řešené problematiky. Tj. podíl DDP v celkovém počtu přijatých dětí, druh poruchového chování, které bylo důvodem k přijetí dítěte, typologie rodiny opakovaně umístěného dítěte nebo časový interval opětovného nástupu.

6.1 Parametry vzorku a použité metody

Předmětem výzkumu jsou děti umístěné v DDÚ Krč na dětský dobrovolný pobyt od roku 2003 do roku 2007. Zkoumaný vzorek tvoří 67 dětí. V Dětském diagnostickém ústavu v Praze 4 je dobrovolným pobytům věnováno cca 9% kapacity zařízení, zbylou skupinu tvoří děti umístěné na základě soudního rozhodnutí. Měřítkem úspěšnosti je jeden kalendářní rok od konce DDP. Pokud tedy bylo v tomto období dítě opětovně umístěno, byl jeho DDP považován za neúčinný. Děti starší čtrnácti let nebyly do vzorku zahrnuty z důvodů validity měření. Obdobím jednoho roku je zde rok kalendářní, nikoli školní.

Metodou šetření bylo studium dokumentů z archivu DDÚ, náдавkem bylo předběžně (k zřehlednění této problematiky) realizováno několik volných rozhovorů s odbornými pracovníky DDÚ. Textové informace z dokumentů byly posléze převedeny na kvantitativní hodnoty, které jsou nejčastějším výstupem empirických výzkumů.

6.2 Výsledky šetření

Se zřetelem na přehlednost, jsou kvantifikovaná data zpracována do tabulek a grafů.

(V kapitole „Přílohy“ jsou na stránkách 45-48 ke všem tabulkám a prostým diagramům dodány analogické prostorové grafy, zpřehledňující všechna data.)

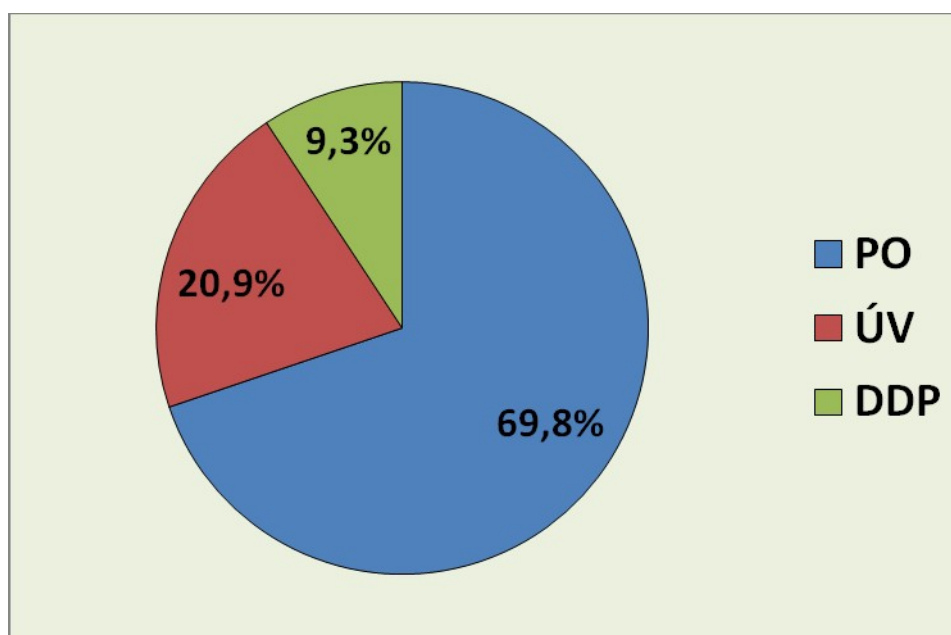
Tabulka č. 1

Počty dětí dle druhu pobytu za léta 2003-2007

Rok	Druhy pobytů		
	DDP	PO	ÚV
2003	19	112	31
2004	15	118	32
2005	12	85	36
2006	11	93	25
2007	10	97	27
Celkem	67	505	151

Tabulka znázorňuje rozložení počtu přijímaných dětí na veškeré pobyty do DDÚ ve sledovaném období. Celkové procentuální rozložení těchto pobytů znázorňuje následující graf.

Graf č. 1



Tabulka č. 2

Opětovný nástup dle druhu pobytu a časového období

Období	Druh pobytu	
	PO	ÚV
do měsíce	3	0
od 3. do 6. měsíce	12	2
od 1/2 roku do roka	10	1
Celkem	25	3

Tabulka zobrazuje počet dětí přijatých na opakovaný diagnostický pobyt v závislosti na tom, v jakém časovém rozmezí tato skutečnost nastala. Celkem se tedy jedná o 28 dětí z 67, což je 41,8%. Efektivita DDP je tudíž 58.2%.

Tabulka č. 3

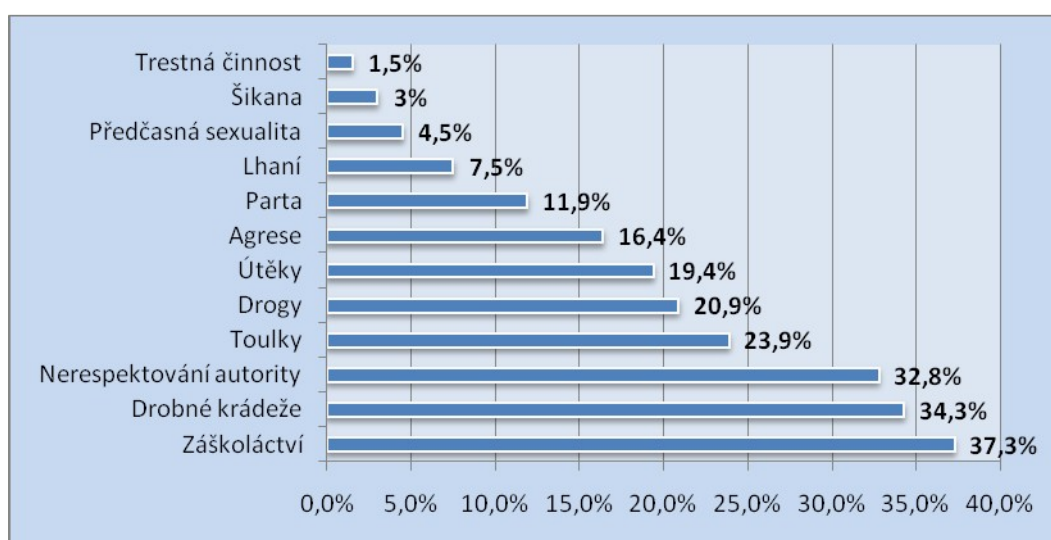
Typologie rodin opakovaně umístěných dětí

Rodina	Hodnota	
	Absolutní	%
Úplná	6	21,4
Neúplná s matkou	11	39,3
Neúplná s otcem	3	10,7
Doplněná s vlastní matkou	2	7,1
Doplněná s vlastním otcem	1	3,6
Náhradní	5	17,9
Celkem	28	100

Tabulka znázorňuje závislost opakovaných pobytů na jednom z mnoha faktorů PCH, kterým je složení nukleární rodiny.

Graf č. 2

Procentuální výskyt jednotlivých forem PCH dětí umístěných na DDP za celé sledované období



Graf ukazuje relativní počty zastoupených PCH, jelikož děti přicházející do DDÚ, jich v naprosté většině vykazují hned několik.

6.3 Závěr šetření

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že více jak 55% dětských dobrovolných pobytů bylo úspěšných, což je o trochu lepší výsledek, než jaký byl při volném rozhovoru odhadován.

Významným činitelem, majícím vliv na efektivitu dětských dobrovolných pobytů, je zjevně absence mužského vzoru respektive mužské autority. Nejčastěji vykazovanou poruchou chování je záškoláctví, které úzce souvisí s drobnými krádežemi, toulkami a nerespektováním autorit.

Další zjištěná data stojící za pozornost, jsou dřívější intervence jiných zařízení (SVP, PL a PPP) u dětí ze zkoumaného vzorku, což je cca 44% a diagnostikované poruchy LMD 38,5% či SPU 14,9%.

Faktorů a jejich kombinací, majících vliv na pozdější vznik PCH, může být velmi mnoho a není předmětem této práce všechny je analyzovat. Mnohdy musejí být dodrženy velmi specifické podmínky, aby k rozvoji PCH vůbec došlo viz. např. „*Specifikace dětského rizikového diváka dle Suchého,*“ který předpokládá vzájemný vztah mezi nadměrným sledováním televize a agresivitou u dětí školního věku. Pro dětského rizikového diváka tedy platí následující:

„Je mladší dvanácti let, sleduje televizi tři a více hodin denně, mezi jeho oblíbené pořady patří akční, násilné a hororové filmy, které zobrazují především násilí samoučelné, bagatelizující, legitimizované jako sebeobrana či běžná strategie chování, vytržené z kontextu či adorované. Divák nežije ve spořádaném sociálním prostředí a je vybaven silnější dispozicí k agresivnímu chování. Tuto skupinu není možno omezit pouze na mužské pohlaví.“

/Suchý 2007, 66/

Závěr

Ústavní péče představuje sekundární úroveň prevence, a tudíž se zpravidla jedná o opožděný zásah do výchovy problémově se vyvíjejících dětí. Děti umístované na DDP přicházejí častěji se závažnějšími projevy poruch chování, než těmi, které bychom mohli nazvat drobnými přestupky.

Výzkum přesto ukazuje, že úspěšnost těchto pobytů přesahuje hranici 55%. Osobně tedy nemám nějak zvláště velké pochybnosti o jeho smyslu. Navíc děti, přicházející v důsledku protektivní, merkantilní či příliš liberální výchovy, vykazují téměř stoprocentní úspěšnost pobytů, jelikož atributy ústavní péče (značný osobní diskomfort, pevný režim a řád) jsou dostatečným důvodem k ukončení neakceptovatelných experimentů. I přes výčet mnoha neduhů má tedy prozatím intervence na úrovni státních institucí své opodstatnění.

Literatura

- BALVÍN, J. Metody výuky romských žáků. 1.vyd. Praha:Radix, 2007, 200 s. ISBN 978-80-86031-73-6.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. Speciální pedagogika (*Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*). 1.vyd. Praha:Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HAVLÍK, R. Úvod do sociologie. 1.vyd. Praha:Karolinum, 1992, 131 s. ISBN 382-99-92.
- HARTL, P. Stručný psychologický slovník. 1.vyd. Praha:Portál, 2004, 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
- HELUS, Z. Dítě v osobnostním pojetí. 1.vyd. Praha:Portál, 2004, 228 s. ISBN 80-7178-888-0.
- HELUS, Z. Osobnost a její vývoj. UK v Praze:PedF., 2003, 77 s. ISBN 80-7290-125-7.
- MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. 1.vyd. Praha:Portál, 1994, 108 s. ISBN 80-7178-006-5.
- MATĚJČEK, Z. Co, kdy a jak ve výchově dětí. 1.vyd. Praha:Portál, 1996, 141 s. ISBN 80-7178-085-5.
- MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. 1.vyd. Praha:Avicenum, 1986, 336 s.
- MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A. Mládež a delikvence. 1.vyd. Praha:Portál, 1998, 336 s. ISBN 80-7178-226-2.
- MATOUŠEK, O. Ústavní péče. 2.vyd. Praha:Slon, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. 4.vyd. Grada Publishing, 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z.: Psychická deprivace v dětství. 3.vyd. Praha:Avicenum, 1974, 397 s. ISBN 08-049-74.
- MKN-10. Duševní poruchy a poruchy chování. 3.vyd. Psychiatrické centrum:Praha, 2006, 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 4.vyd. Universita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, P. Psychologie osobnosti. 5.vyd. Praha:Grada, 2007, 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- ŘÍČAN, P. Agresivita a šikana mezi dětmi. 1.vyd., Praha:Portál, 1995, 95 s. ISBN 80-7178-049-9.
- ŘÍČAN, P. Cesta životem. 1.vyd. Pyramida:Praha, 1990, 450 s. ISBN 80-7038-078-0.
- SUCHÝ, A. Mediální zlo. 1.vyd. Triton:Praha, 2007, 168 s. ISBN 978-80-7254-926-9.
- ŠOTOLOVÁ, E. Vzdělávání Romů. 1.vyd., Praha:Grada, 2000, 96 s. ISBN 80-7169- 528-9.
- VOJTOVÁ, V. Úvod do etopedie. Brno:Paido, 2008, 127 s. ISBN 978-80-7315-166-9.
- ZEZULOVÁ, J. Trestní zákonodárství nad mládeží. 1.vyd. Brno:Masarykova Universita, 1997, 234 s. ISBN 80-210-1643-4.
- Zákon č. 94/ 1963 Sb., o rodině
- Zákon č.99/1963 Sb., občanský soudní řád
- Zákon č. 257/ 2000 Sb., o probační a mediační službě
- Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. (*Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. července 2002.*)
- Zákon č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád
- Zákon č. 383/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 109/2002 Sb. (*Tento zákon obsahuje v části čtvrté změnu zákona č. 561/2004 Sb. Změna nabyla účinnosti dnem 1. prosince 2005.*)
- Havlík R. Přednášky UK PedF 2007.
- Helus Z. Přednášky UK PedF 2007.

Kucharská A. Přednášky UK PedF 2007.

Šotolová E. Přednášky UK PedF 2007.

Elektronické dokumenty [online] dostupné na World Wide Web:
[2008-11-03]

<http://www.pmscr.cz>

<http://www.msmt.cz/dokumenty/>

http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2008/index.html

http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2008/sit_uacni_zprava03_08.pdf

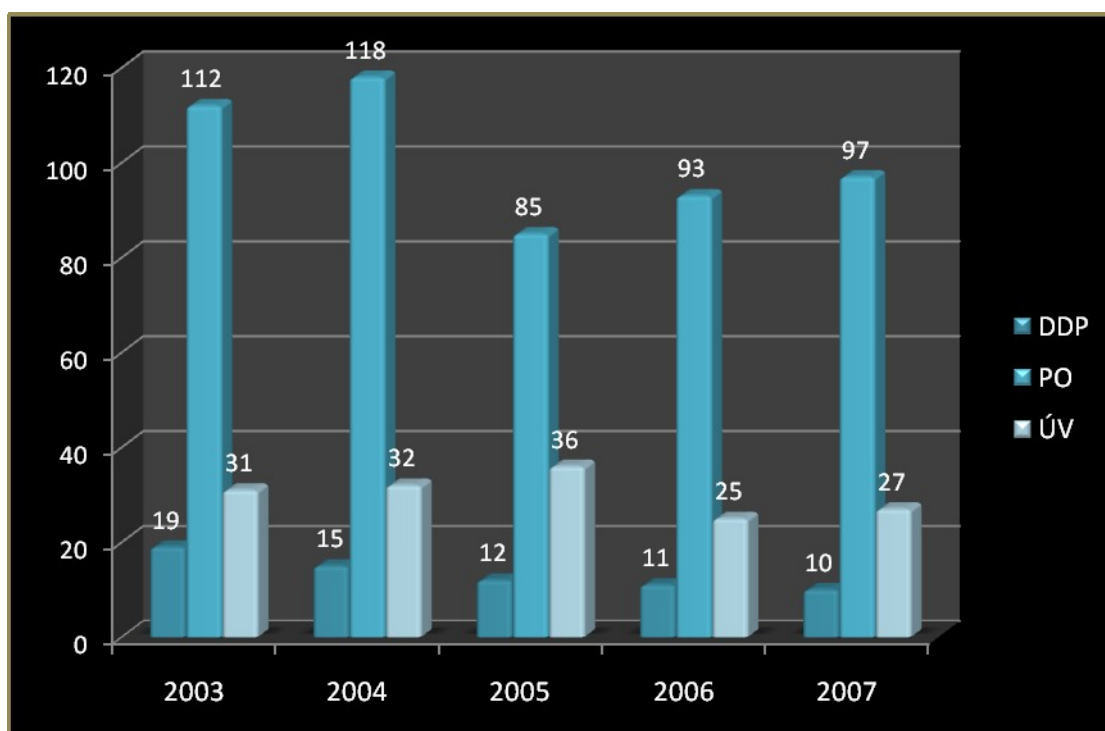
<http://web.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/2005/starsi.html>

Přílohy

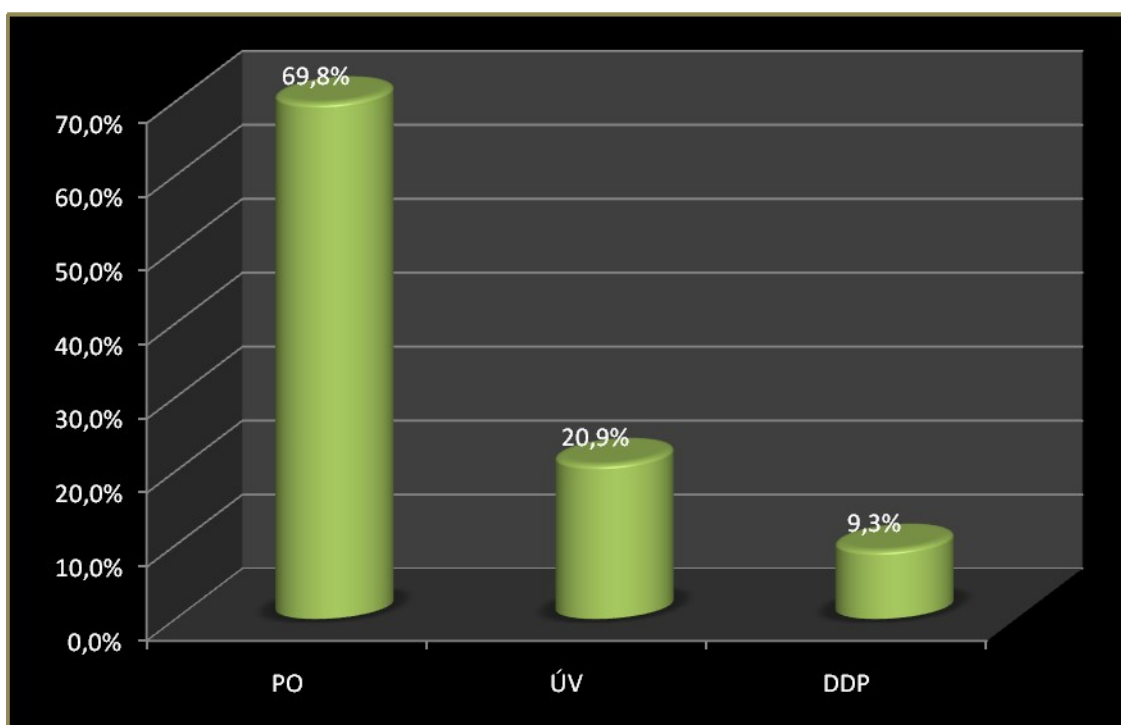
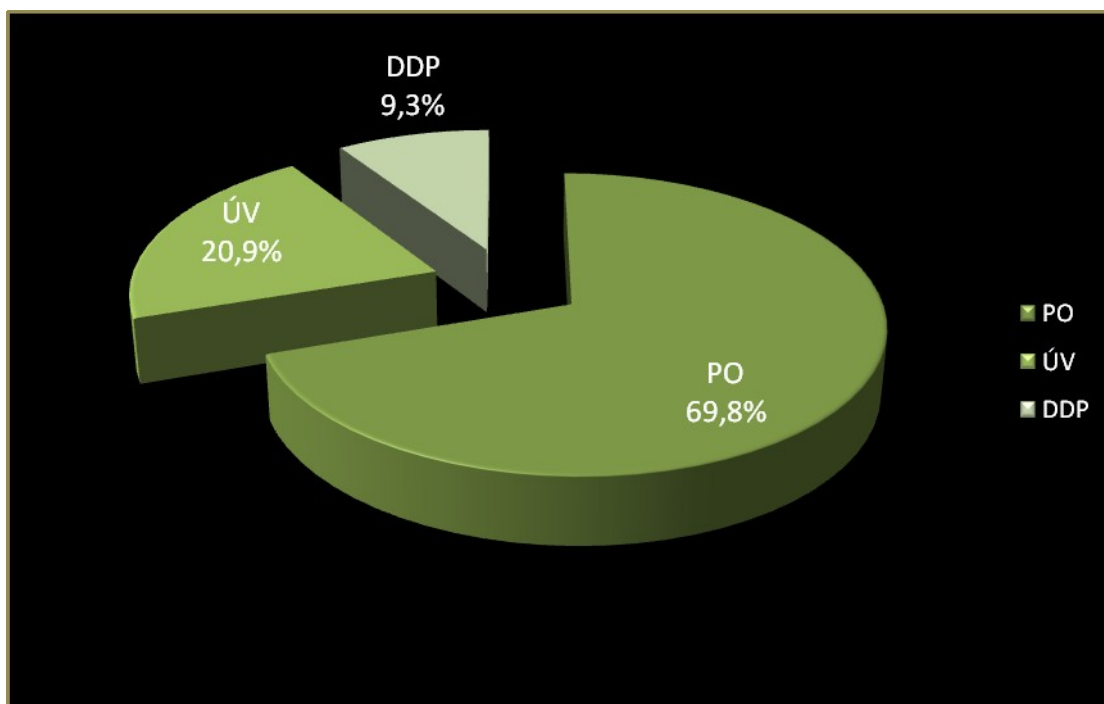
Diagramy ke stránkám 36-38.

Add. Tabulka č. 1

Počty dětí dle druhu pobytu za léta 2003-2007

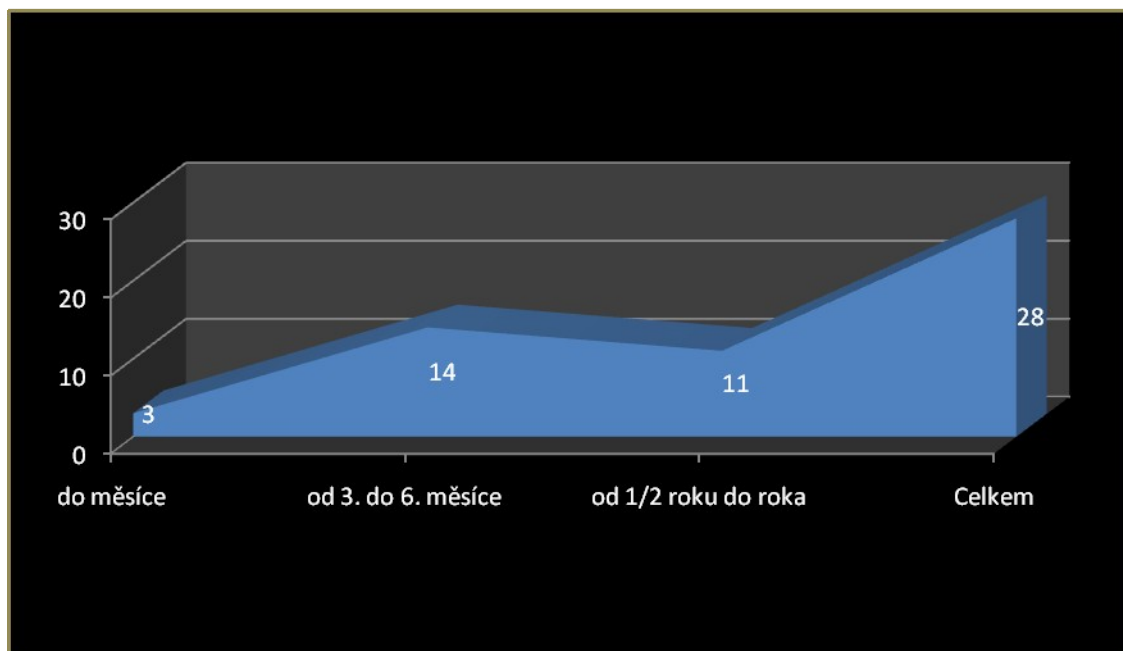
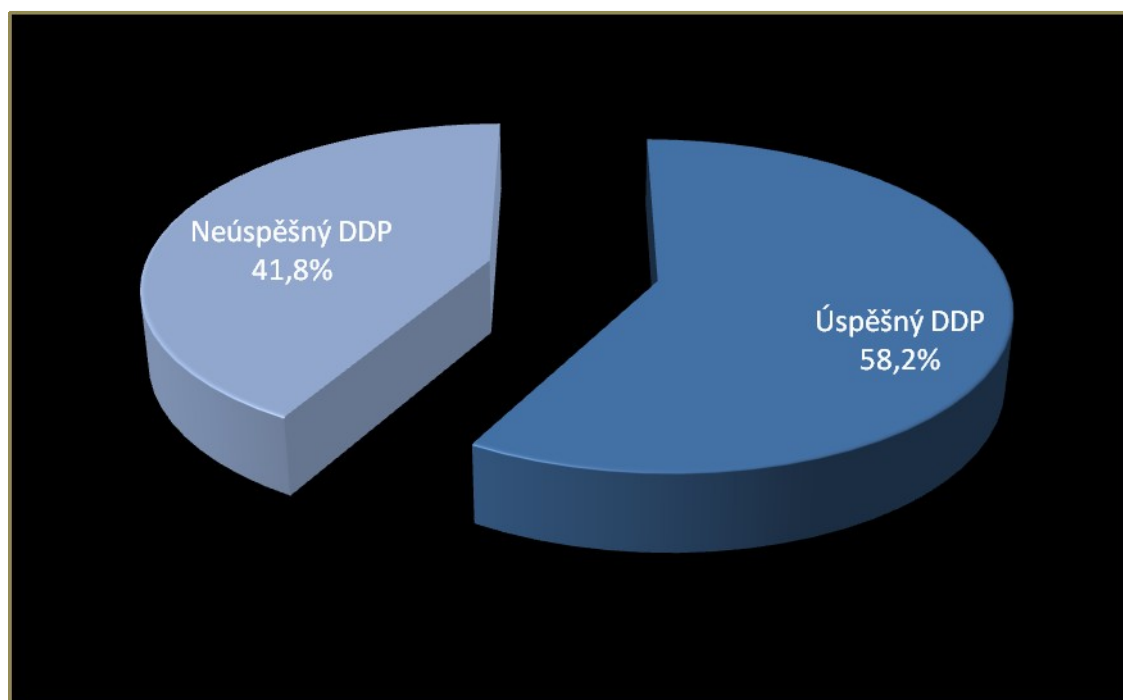


Procentuální vyjádření celkového počtu dětí dle druhu
jejich pobytu za léta 2003-2007



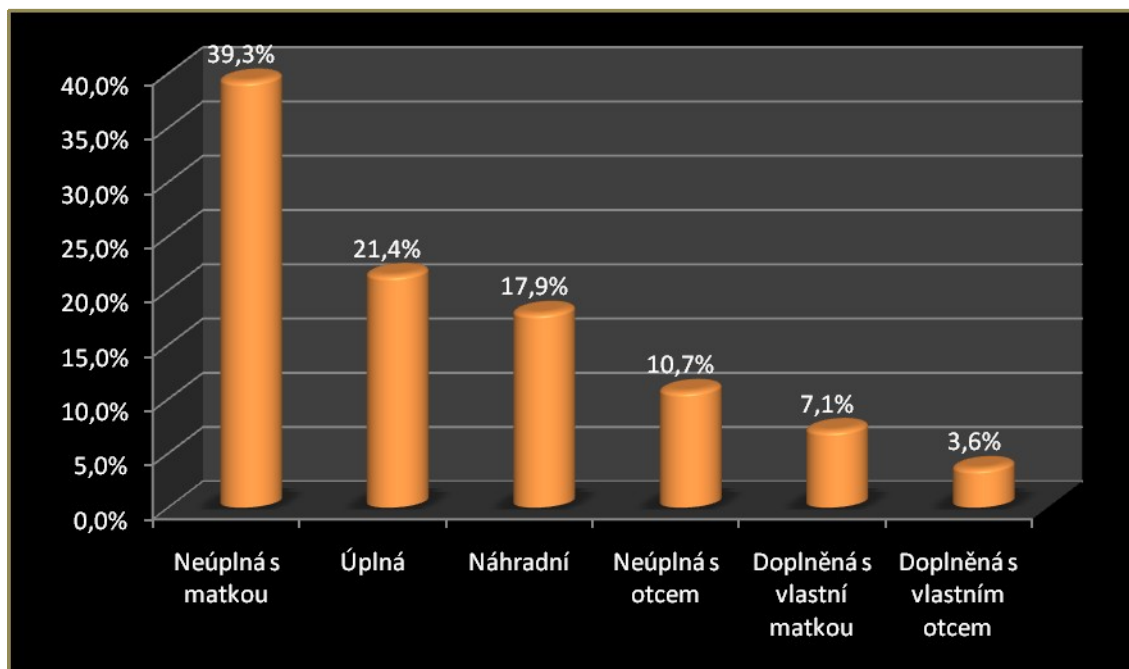
Add. Tabulka č. 2

Počet opětovných nástupů dle časového období vzhledem ke konečné sumě

**Efektivita DDP vyjádřená v %**

Add. Tabulka č. 3

Procentuální vyjádření typologie rodin opakovaně
umístěných dětí



Add. Graf č. 2

Procentuální výskyt jednotlivých forem PCH
v letech 2003-2007

