

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Problematika ústavní péče o dívky se zvýšenými
poruchami chování**

**Problems of residential care for female adolescent
with raised behavioral disorders**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Poláčková

Autor: Lucie Vítkovská

Praha 2009

Poděkování

Děkuji paní Mrg. Janě Poláčkové za odborné vedení bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat vedení výchovného ústavu v Jindřichově Hradci za umožnění praxe, provedení výzkumu a poskytnutí materiálů k bakalářské práci.

Lucie Vítková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Problematika ústavní péče o dívky se zvýšenými poruchami chování“ zpracovala samostatně s použitím citovaných pramenů, literatury, odborných zdrojů a interních materiálů výchovného ústavu v Jindřichově Hradci.

V Praze dne 15.4.2009

Lucie Vítkovská

KLÍČOVÁ SLOVA

agresivita, delikventní mládež, drogová závislost, osobnost, patologické chování, poruchy chování, prostředí, reedukace, rodina, sociální status, ústavní péče, ústavní a ochranná výchova

KEY WORDS

aggressiveness, juvenile deliquent, drug depence, personality, pathological behavior, behavioral disorders, living environment, reeducation, family, social status, institutional care, institutional and preventiv education

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o problémech ve výchovném ústavu pro dívky. Největším problém je momentálně agresivita spojená s psychickými poruchami nebo drogovou závislostí.

Práce je rozvrže do dvou částí. První část se zaměřuje na teoretické pojetí poruch chování, osobnosti jedince, rodiny, drogové problematiky a struktury výchovných ústavů v České republice

Druhá část se zabývá mými praktickými zkušenostmi z výchovného ústavu. V této části uvádím výzkum zaměřený na agresivitu ve výchovném ústavu, užívání drog, trávení volného času a rodinného zázemí. Výzkum jsem prováděla studiem dokumentace, pozorováním a dotazníkem. Výzkum jsem prováděla ve dvou typech zařízení. V praktické části jsem oba výzkumy porovнала.

V závěru shrnuji veškerá svá zjištění a zamyšlení se nad výsledky svých výzkumů.

ANNOTATION

My bachelor work is about problems at educational institution for female adolescent. The topical problems at the present time is aggressuviness with menthal defekt or drug dependences.

Work consist of two parts. The first part is target the teoretical solution of behavioral disorders, personality, family, drug questions and structure of educational institution in Czech republic.

The second part is about my practical experience from educational institution. In this part is study target the aggressiviness at the educational institution, drug-taking, spending of free time anf family care. I did the research studied of dokumentation, sighting and checklists. I did the research at two types of female adolescent at the educational institution. I compared the both researches at the practical part of my work.

At the end of my work is summarire all of information and thoughtful about out come of my researches

OBSAH

OBSAH	6
ÚVOD.....	7
1. ETOPEDIE JAKO SUBSYSTÉM SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY.....	9
1.1 ETOPEDIE V SYSTÉMU VĚD.....	10
1.2 ZÁKLADNÍ METODY ETOPEDICKÉ PÉČE V ZAŘÍZENÍCH PRO REEDUKACI.....	11
1.3 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ.....	12
1.4 OSOBNOST JEDINCE V ETOPEDICKÉ PÉČI	14
2. RODINA JAKO HLAVNÍ ČINITEL MOŽNÉHO SELHÁNÍ JEDINCE	20
2.1 FUNKCE RODINY	20
2.2 RODINA DYSFUNKČNÍ	22
2.3 ROMSKÁ RODINA	26
3. NÁVYKOVÉ LÁTKY A ZÁVISLOSTI V NAŠÍ SPOLEČNOSTI.....	29
3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY	30
3.2 DRUHY DROG	31
4. ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY	34
4.1 NÁSTIN VÝVOJE PÉČE O SOCIÁLNĚ NARUŠENÉHO JEDINCE NA ÚZEMÍ ČR.....	34
4.2 DRUHY A TYPY ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY – LEGISLATIVA.....	36
4.3 PÉČE O DĚTI VYŽADUJÍCÍ VÝCHOVNĚ LÉČEBNÝ REŽIM.....	37
4.4 DĚTI SE ZÁVAŽNÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ.....	37
4.5 DĚTI S EXTRÉMními PORUCHAMI CHOVÁNÍ.....	38
5. VÝZKUMNÝ VZOREK	40
6. METODIKA.....	43
6.1 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	43
6.2 POZOROVÁNÍ.....	44
6.3 DOTAZNÍK	44
7. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA	45
7.1 VÝSLEDKY STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT	45
7.2 VÝSLEDKY POZOROVÁNÍ	52
7.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	54
8. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	60
9. ZÁVĚRY PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM LITERATURY	67

ÚVOD

Téma této práce jsem si vybrala především proto, že již odmalička mám k problematice ústavní péče v České republice velice blízko, díky svému otci, který pracuje již šestnáct let jako ředitel výchovného ústavu pro dívky v Jindřichově Hradci. I já jsem měla tu možnost pracovat v tomto zařízení jako vychovatelka. Při své práci v ústavu jsem se setkávala s patologickým chováním, stále častějším projevem patologie chování dívek je v poslední době závislost na nejrůznějších typech návykových látek. Většina dívek jsou kuřačky, často se setkáme také s návykovým užíváním alkoholu a výjimkou není ani užívání návykových látek. Významným fenoménem při práci s dívkami užívajícími drogy i dívkami s psychickou zátěží, je agrese těchto dívek.

Cílem mé práce je zmapovat současné problémy v ústavní péči u dívek se zvýšenými poruchami chování ve výchovném ústavu. Zjistit, jak jsou zastoupeny v klientele ústavu dívky u kterých je diagnostikován psychopatický vývoj osobnosti, popř. jiná psychická porucha, jak početná je skupina dívek, které zneužívají návykové látky. Jaký je sociální statut jejich rodin a u skupiny, která zneužívá návykové látky, jaké jsou jejich postoje, historie vzniku závislosti a hodnotová orientace. Dále bych se chtěla pokusit odhalit, do jaké míry se na tomto typu rizikového chování může podílet vliv rodinného prostředí, využití volného času, případně jiné skutečnosti.

Pro úplnost vykreslení zastoupení klientely výchovného ústavu se v samostatné kapitole pokusím zabývat teoreticky dívkami romského etnika. Pro téma mé práce však tuto problematiku nepovažuji za stěžejní. A to vzhledem k tomu, že v ústavech nebývá romské etnikum nijak odlišováno a nevedou se žádné statistiky pobytu romských dětí.

Jelikož výchovný ústav v Jindřichově Hradci zahrnuje oddělení pro práci ve výchovně léčebném režimu a přijímá rovněž dívky s ochrannou výchovou pro oddělení EPCHO, rozhodla jsem se téma mé práce zaměřit na problémy práce s dívkami se zvýšenými poruchami chování. Díky této možnosti, bych chtěla v obou typech zařízení provést identický výzkum a výsledky navzájem porovnat

Vzhledem k tomu, že do zařízení, kterým se budu ve své práci zabývat jsou umístěovány často dívky, které již v běžném typu ústavu selhaly, lze považovat vzorek dívek výchovného ústavu v Jindřichově Hradci za dostatečně reprezentativní ve vztahu ke zvolenému tématu – problematika ústavní péče o dívky se zvýšenými poruchami chování.

V rámci mé práce jsem si určila tři hypotézy, které bych chtěla potvrdit výzkumem.

- a) Předpokládám, že dívky zařazené v oddělení s výchovnou skupinou (VS) pro extrémní poruchy chování (EPCHO) a VS pro dívky s uloženou ochrannou výchovou (OV) mají častěji problém s agresivitou ve spojení jak s psychickou poruchou, tak s užíváním návykových látek.
- b) Domnívám se, že v oddělení EPCHO a OV je výraznější zastoupení dívek, které vykazují různý stupeň závislosti na návykových látkách.
- c) Myslím si, že dívky v oddělení EPCHO a OV s drogovou historií pocházejí méně často z úplných rodin ekonomicky saturovaných.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. ETOPEDIE JAKO SUBSYSTÉM SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Základním vědeckým východiskem v přístupu ke klientům v zařízeních pro výkon institucionální výchovy je etopedie (étos – morálka), vědní disciplína speciální pedagogiky. Původně byla problematika poruch chování zahrnuta v oboru psychopedie. K vyčlenění etopedie z psychopedie došlo v roce 1969 pro značnou rozdílnost problematiky osob s mentální retardací a osob mravně narušených. Zpočátku převažovala péče charitativní, Pestalozzi a Rousseau zdůrazňovali nutnost výchovy a speciálního přístupu, taktéž Komenský poukazuje na to, že lze tyto jedince vzdělávat. J. Kuja položil v roce 1989 základy etopedické terminologie. Od počátku utváření tohoto vědního oboru se etopedie do značné míry překrývala s oborem léčebná pedagogika, která byla definována jako obor zaměřený na problematiku výchovně léčebné práce se sociálně nepřizpůsobivými a emocionálně narušenými dětmi. V 80. letech došlo k terminologickému sjednocení. V roce 1978 se vydává Defektologický slovník, který je podkladem pro vytvoření slovníku etopedického pod názvem Speciálně pedagogická terminologie etopedická (1985) a jeho autoři jsou Pohunková a Vocilka. „V defektologickém slovníku je etopedie definována jako vědní obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a výzkumem sociálně narušené mládeže, která bývá nazývána autory jako mravně vadná, neurotická či delikventní.“¹ V roce 1989 J. Kuja vydává Základy etopedické terminologie.²

Etopedie se zabývá výchovou, převýchovou, vzděláváním a pracovní přípravou mravně narušených jedinců. Cílem je začlenění těchto jedinců do společnosti. Výchova má charakter převážně pedagogický, ale vyžaduje spolupráci dalších oborů. Etopedie používá speciální metody převýchovy, spec. Didaktické postupy a psychoterapeutické ovlivňování jedince. Úkolem je vyhledat jedince, který má problém, přemístit ho do specifických podmínek, diagnostikování, navozovat žádoucí návyky, přizpůsobovat se životu v ústavní péči, vzdělávat a motivovat jedince s poruchou chování, začleňovat ho do mimoškolní činnosti a nabízet adekvátní pracovní uplatnění. Význam etopedie spočívá v tom, že chrání společnost před sociálně narušenými jedinci.

¹ *Defektologický slovník*. 2. vydání. Praha: SPN. 1984, 113s.

² KUJA, J. *Základy etopedické terminologie*. Olomouc : Univerzita Palackého. 1989,

V obecné řeči se pod pojmem poruchy chování obvykle rozumí negativní odchylky v chování některých osob od normy, kterou je to, co jako běžné hodnotí a očekávají jiné osoby nebo skupiny. Normu pak chápeme jako určité měřítko, normalitu jako vyjádření stavu. Normu lze posuzovat z nejrůznějších hledisek (např. z hlediska statistického, filozofického, medicínského, psychologického, apod.) Z tohoto pohledu pak lze provádět i různé klasifikace poruch chování a zaměřit se na oblast, která je v danou chvíli pro nás prioritní. Mezi poruchy chování zahrnujeme všechny odlišnosti počínaje nápadným chováním, odchylkami typickými pro jednotlivá období věková a projevující se disociálním chováním, přes asociální poruchy až k antisociálnímu chování, které může mít charakter dětské delikvence nebo kriminality.

„Poruchy chování jsou charakteristické takovými projevy jedince, které se vymykají z přiměřeného chování dané věkové a sociokulturní skupiny. (Klíma, 1987)“³ Jde o takové projevy obtížné vychovatelnosti, které jsou zapříčiněny sociální či výchovnou zanedbaností. Lze zaznamenat také psychiatrické příčiny nebo kombinace obou oblastí. J. Kuja a J. Floder charakterizují poruchy chování jako projev narušeného vztahu k výchově. Jako poruchy chování jsou označovány i nežádoucí projevy různého stupně – zlovyky, neposlušnost, vzdorovitost, stupňující se negativismus, krádeže, toulky a záškoláctví.

1.1 ETOPEDIE V SYSTÉMU VĚD

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

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

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

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

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

³ SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 135s. ISBN 978-80-247-1733-3

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

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

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

Vztah k etice – objektem zkoumání je morálka.

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

Vědy právní – mají normativní význam, určují některé další způsoby převýchovné péče.⁴

1.2 ZÁKLADNÍ METODY ETOPEDECKÉ PÉČE V ZAŘÍZENÍCH PRO REEDUKACI

- převýchova – systémem odměn a trestů
- zpevnováním kladných a žádoucích návyků
- pracovní převýchova, získávání pracovních návyků a dovedností, rekvalifikace a kvalifikace
- psychoterapie, především psychoterapeutickými komunitami.

Úkolem etopedie je vyhledávat jedince s problémy chování, přemístění jej z jeho narušeného prostředí do speciálního zařízení, diagnostika, převýchova (jedná se o hygienické návyky, přizpůsobení jej ústavní péči, vzdělávání) – to je otázka motivace, nabídka adekvátního pracovního uplatnění.

Hlavním významem etopedie je chránění společnosti před sociálně narušenými jedinci, jejich socializace a reedukace.

Cílem etopedie jsou jedinci a skupiny, kteří se vymykají přiměřenému chování dané věkové a sociokulturní skupiny. Jde o takové projevy obtížné vychovatelnosti, které jsou zapříčiněny sociální či výchovnou narušeností nebo výchovnou zanedbaností.

⁴ VOCILKA, M. *Vybrané statě z etopedie*. Most: Regionální středisko výchovy a vzdělávání, 1994. 8s.

1.3 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ

Základní dělení

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

Z hlediska věku

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

Skupiny ohrožených dětí : ⁵

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

Osoby s disociálním chováním

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

⁵ KRAUS, B. *Člověk, prostředí, výchova*, Celosvětové vymezení z celosvětového summitu OSN v Madridu, 1990, kde se projednávaly otázky plnění Úmluvy o právech dítěte, Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2

Osoby s asociálním chováním

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

Osoby s antisociálním chováním

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

Kategorie 6 – 15 let

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

Kategorie 15 – 18 let

- formují se rysy osobnosti, probíhají sociální změny, silný vliv vrstevníků
- činy se blíží kriminalitě dospělých, často recidiva
- opilství, výtržnictví, neoprávněné užívání motorového vozidla, rozkrádání, trestné činy v souvislosti s toxikomanií, gamblerství, prostituce
- většinou osoby s ukončenou povinnou školní docházkou a bez kvalifikace nebo dělnické profese

Cílem etopedie jsou tedy všichni jedinci a skupiny s poruchami chování, které se vyskytují i u nemocných a zdravotně postižených (agresivita, lži), mentálně retardovaných, neurotiků, psychotických poruch, u poruch příjmu potravy, LMD, u závislých, u deprivovaných i u dětí trpících CAN, emigranti, lidé z odlišných sociokulturních prostředí, lidé z náboženských hnutí, nezaměstnaní, bezdomovci, trestaní, propuštění z výkonu trestu, ve vazbě – u nich se více vyskytuje disociální a antisociální chování.

1.4 OSOBNOST JEDINCE V ETOPEDICKÉ PÉČI**Osobnost jedince :**

- chování nerespektuje sociální normy platné v dané společnosti, nejedná se o poruchu, pokud není schopen pochopit význam hodnot a norem (MR, jiné sociálně kulturní prostředí)
- není schopen udržovat přijatelné sociální vztahy, hlavní překážkou je nedostatek empatie a egoismus, nadměrné zaměření se na sebe a na uspokojování svých vlastních potřeb
- nechápou význam přizpůsobení se standardnímu sociálnímu očekávání, sami velmi často nezažili citový vztah, který by jim dal pozitivní životní zkušenost a rozvinul jejich empatické schopnosti
- nepocit'ují vinu za porušení normy, jejich svědomí není dostatečně rozvinuto
- agresivita je způsobem chování pro ně typickým a při tom porušování práv ostatních lidí
- v dětském věku mohou mít poruchy chování přechodný charakter, ale mnohdy fungují jako signál o poruše osobnosti, která zvyšuje riziko budoucího problematického chování.

- velmi vzácně začíná delikventní chování až v dospělosti.

Patogenní činitelé :

Vnitřní

- zvýšená připravenost vnímavosti organismu vůči patologickým podnětům až přímé dědičné přejímání sklonů k asociálnímu až antisociálnímu jednání
-
- psychologické a biologické faktory
 - ranná dětská zkušenost
 - temperamentní založení
 - snížená úroveň rozumových schopností
 - disharmonický vývoj osobnosti
 - nedostatečné kompenzování defektů, které vedou k výskytu defektivy
- faktory psychopatologické
 - neurotické založení jedince
 - LMD
 - psychopatie a psychózy

Vnější

- rodina
 - neúplná rodina
 - doplněná rodina
 - náhradní rodina
 - poruchy funkcí rodiny
 - biologicko reprodukční – velký počet dětí v rodině, nezodpovědné rodičovství
 - ekonomicko zabezpečovací – nízká nebo vysoká ekonomická úroveň
 - emocionální – podceňování emocionálních vztahů v rodině
 - výchovné – rodiče se dítě nedovedou, nechtějí anebo nemohou postarat
 - alkoholismus v rodině
 - patologické výchovné postupy
 - delikvence rodičů a příbuzných apod.
- škola
 - netaktní přístup

- ironizování dítěte
- nedůvěra ve schopnosti dítěte
- učitel – rutinér, strohý, povrchní, autoritářský
- rozpory mezi slovy a skutky
- pozdní zachycení asociálních projevů
- mimoškolní oblast
 - negativní působení závadových part
 - rodiče často neví, co dělají jejich děti odpoledne, s kým se stýkají atd.
 - nuda - neplnohodnotné využívání volného času
- vliv médií
 - násilí ve filmech
 - bulvární tisk
 - pornografie.

Historie klasifikace poruch osobnosti:

V roce 1987 uvádí Kalina klasifikaci poruch ve čtyřech kategoriích:

- osoby neurotické
- osoby psychopatické
- osoby sociálně nepřizpůsobivé
- osoby se sníženými rozumovými schopnostmi.⁶

1994 Vocilka – klasifikace do pěti kategorií :

neurotický jedinec

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

⁶ KALINA, K. Jak žít s psychózou? Praha: Avicenum, 1987 ISBN 80-7178-563-6

psychotický jedinec

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

jedinec sociálně nepřizpůsobivý

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

jedinec se sníženými rozumovými schopnostmi

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

jedinec se syndromem LMD

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

Osobnost

Porucha struktury osobnosti vedoucí k poruše chování se projevuje v závislosti na převládající složce osobnosti a na podmínkách sociálního prostředí. Důsledky těchto poruch chování se projevují v různém rozsahu v jednotlivých formách sociální činnosti, ve výchově, vzdělání a v práci. Tyto osoby vyžadují komplexní rehabilitační péči. Osobnost sledujeme

spíše u mládeže a dospělých, protože děti nemají osobnost ještě stabilně utvořenu a nelze ji proto hodnotit.

Patogenní činitelé

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

Patogenní činitelé vnitřní

- genetické dispozice (chromozomální aberace-porucha počtu chromozomů, genové mutace, zvýšená připravenost vnímavosti organismu vůči patologickým podnětům až přímé přejímání sklonů k asociálnímu či antisociálnímu jednání)
- typ temperamentu
- poruchy CNS- LMD
- úrazy hlavy, epilepsie
- snížená úroveň rozumových schopností
- disharmonický vývoj osobnosti
- neurotické založení jedince
- psychopatie, psychózy.

Patogenní činitelé vnější – prostředí, výchova

- rodina
 - přenos nežádoucího chování
 - neúplná rodina
 - doplněná rodina
 - náhradní rodina
 - poruchy funkce rodiny: biologicko reprodukční (velký počet dětí v rodině, nezodpovědné přivádění jedinců na svět), ekonomicko-zabezpečovací (nízká nebo vysoká), emocionální (deprivace citová), výchovná (rodiče se nechtějí nebo nemohou starat o dítě – kariéra, vazba...)
 - alkoholismus v rodině

- patologické výchovné přístupy (perfekcionalismus, rozmazlující)
- delikvence rodičů, atd.
- škola
 - netaktní přístup
 - ironizování dítěte
 - nedůvěra ve schopnosti dítěte
 - osobnost učitele
 - pozdní zachycení asociálních projevů
- mimoškolní oblast
 - negativní činnost závadových part
 - rodiče často neví, co dělají jejich děti odpoledne a s kým se stýkají atd.
 - nuda – neplnohodnotné využívání volného času
- vliv médií
 - násilí ve filmech, bulvární tisk
 - deformování estetického a etického citění a vkusu
 - ohrožují postoje a chování nejmladší generace
 - přispívají ke ztrátě morálních zábran
 - podporují konzum (mít je víc než být)
 - podporují manipulaci (reklamy).

2. RODINA JAKO HLAVNÍ ČINITEL MOŽNÉHO SELHÁNÍ JEDINCE

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

„Rodina je tradičně považována za hlavního činitele, jenž svým selháním dětem umožňuje kriminální chování. Rodina ovšem není neměnná instituce, její funkce se v novodobé historii v západních zemích výrazně proměnily.“⁷

Na rozdíl od minulosti je dnešní rodina více uzavřená a více izolovaná. Zúžily se sítě vazeb s příbuzenstvem, s přáteli a sousedy.

Vzrůstají demokratizační tendence jak mezi manželi, tak mezi rodiči a dětmi. Především se změnilo postavení žen, posunuly se role v chodu domácnosti. Klesla ovšem i autorita otců.

S nárůstem podnikatelských aktivit je silně narušena integrita rodiny. Stále více se vytrácejí společně prožité chvíle rodiny při každodenním rytmu, ve společných zájmových aktivitách a společném řešení nejrůznějších problémů. Čím dál více se členové rodiny pouze potkávají, a když se sejdou, jejich komunikaci naruší televize, která přehluší potřeby se svěřit a povídat si o běžných denních starostech i mimořádných událostech.

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

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

2.1 FUNKCE RODINY

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

Do obecně platných funkcí rodiny patří:

⁷ KROFTOVÁ, A., MATOUŠEK, O., *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 37.s ISBN 80-7178-771-X

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

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

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

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

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

Přehled funkcí rodiny podle Vágnerové⁸:

Rodina poskytuje:

- podněty dítěti pro rozvoj poznávacích procesů, stimulaci jeho socializace, zprostředkovává dítěti zkušenosti k sebepojetí
- jistotu a bezpečí, citově přijaté dítě má předpoklady pro správný rozvoj identity a sebeúcty
- očekávání a aspirace vůči dítěti, které bude buď povzbuzovat nebo podceňovat a tak ovlivní sebedůvěru dítěte.

⁸ VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

Podle Matějčka, dítě potřebuje dospělé vychovatele, kteří k němu mají vřelý citový vztah. Aby rodiče mohli pečovat o dítě, musí i dítě uspokojovat potřeby rodičů. Nejde tedy o vztah jednostranný, ale o vzájemné ovlivňování a uspokojování potřeb, přesněji:

- potřeby stimulace
- potřeby učení
- potřeby bezpečí a jistoty
- potřeby společenského uznání
- potřeby otevřené budoucnosti.⁹

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

2.2 RODINA DYSFUNKČNÍ

Minulé století přineslo řadu převratných změn v postavení dítěte ve společnosti, v chápání potřeb, požadavků a práv i v jejich uplatňování. Stále však zůstávají některé děti i ve vyspělých civilizacích v nebezpečí, které jim hrozí ve vlastní rodině. Projevuje se týráním, zneužíváním a zanedbáváním dítěte, což může skončit pro dítě i fatálně. V České republice se začalo mluvit a jednat otevřeně o tomto problému od roku 1989. Z hlediska odborného byla významným podnětem 3. evropská konference pro prevenci syndromu zneužívaného a zanedbávaného dítěte, která proběhla v Praze v červnu 1991.

„Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (**CAN**), je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Jsou výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči.“¹⁰

V případě CAN je rozhodující primární prevence, která má zabránit, aby se dítěti vůbec ubližovalo. Sekundární prevence přichází v úvahu už v omezené míře, neboť souvisí s pomocnými terapeutickými opatřeními.

⁹ MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2

¹⁰ DUNOVSKÝ, J. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Avicenum Grada, 1995. 15s. ISBN 80-7169-192-5

Všichni lidé nemají předpoklady k plnění rodičovské role. Culbertson a Schellenbach uvádějí výzkumem zjištěný souhrn vlastností, které zvyšují riziko CAN:

- nedostatky v sociální orientaci
- problematické sebehodnocení
- rizikové chování
- v 70 % špatná zkušenost z vlastního dětství.

U dětí postižených syndromem CAN se projevuje hlavně citová deprivace: dochází ke změnám v osobnosti, v komunikaci, rozumových schopnostech, v socializaci, sebepojetí dítěte a změnou hierarchie hodnot. Dítě je poznamenáno ve všech oblastech života, a to i v budoucnosti, v profesním uplatnění, partnerských a rodičovských rolích a obecné sociální adaptaci. Velkým nebezpečím je, že týrané dítě se s vyšší pravděpodobností stává týrajícím rodičem. Syndrom CAN se stává sociálně dědičným, postihuje podobně další generace. Proto je důležité včasné zjištění a hlavně řešení situace dětí týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných.

Méně nápadná je citová deprivace, která je ve svých důsledcích závažná a variabilní. Na každé dítě působí jinak, podle jeho genetických dispozic, podle prostředí a podle primární zkušenosti. Citová deprivace je neuspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. „U dětí, které dlouho musely žít v prostředí citově chudém, pozorujeme často, že mají vážné obtíže v citových vztazích na všech dalších vývojových stupních.“ (Matějček, 1986)¹¹ K tomuto chování mají sklon tzv. rizikovní rodiče, kteří nemají dostatečnou kompetenci k rodičovské roli (mentálně retardovaní, somaticky či psychicky nemocní, lidé závislí na alkoholu nebo drogách, lidé s vlastní zkušeností citové deprivace apod.), nebo rodiče s nedostatečnou motivací, nezralí, žijící v bídě zaujatí svými problémy nebo zájmy či vlastní kariérou.

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

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

¹¹ <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=4150>

v kolektivu, škole, aby se nakonec fixovaly jako osobnostní rysy. Takové děti mívají problémy v sociální adaptaci, v profesním uplatnění, v partnerských a rodičovských rolích. Nedostatky v sebeovládání vedou až k sociální patologii.

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

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

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

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

Důležitou roli hraje v takové situaci matka, která by ji měla ihned řešit. Reakce matek jsou ovšem různé podle řešení, které je schopna sama zvolit a realizovat. Pokud se matka rozhodně postaví na ochranu dítěte, zůstává dítěti oporou a jistotou. Pokud matka dítěti neuvěří a vše popírá, popřípadě svaluje vinu na ně, potom je dítě ještě závažněji zasaženo

v sebehodnocení, je traumatizováno v oblasti emoční, zažívá zradu, ztrácí pocit jistoty a bezpečí, je bezmocné a stigmatizováno. Důsledky sexuálního zneužívání se prolínají celým životem i v dospělosti, v partnerském soužití a sexuálním životě, ve výchově vlastních dětí.

Postoje veřejnosti k týrání a zneužívání dětí jsou v podstatě negativní, ale tendence nepřivolávat si nepříjemnosti nevedou k řešení a pomoci takovým dětem a to, bohužel ani na školách.

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

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

Duševním strádáním nemusí být postiženy jen děti, které vyrůstaly bez mateřské péče v dětských domovech a výchovných ústavech nebo v rodinách viditelně nefunkčních (rodiče závislí na alkoholu, drogách, s velmi nízkou životní úrovní apod.). Objevuje se i u dětí žijících v rodinách navenek dobře fungujících. Citová deprivace hrozí všude tam, kde je dítě „na obtíž“, kde se mu neposkytuje dostatek lásky, pozornosti a zájmu. V takových rodinách bývá žebříček hodnot posunut. Důležitější je blahobyt, plné pracovní vytížení na úkor ostatních členů rodiny. Rodinné prostředí je citově chudé, s nižší mírou empatie vůči dítěti i ostatním členům rodiny.

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

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

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

2.3 ROMSKÁ RODINA

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

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

Dříve platil u většiny romských skupin nepsaný zákon "čisté krve", který zakazoval manželství s jinoetnickými partnery. Tento pozůstatek rodové endogamie přetrvává u většiny Romů olašských, zatímco u všech ostatních se tento zákaz začal narušovat již v uplynulých letech. Dnes již téměř neplatí nejen mezi jednotlivými skupinami, ale i vzhledem k neromům;

počet interetnických - smíšených manželství romsko - českých, romsko - slovenských či jiných stále narůstá a je dokladem zásadnějších změn v hodnotové orientaci a postavení Romů, zejména v českém a moravském městském prostředí (romský partner, častěji je to muž, si obvykle však přitom zachovává svoji identitu, což je pozitivní). V poválečných letech a ještě výrazněji v současné době probíhají u Romů stále hlubší změny v jejich společenské pozici, ve způsobu života, kultuře a hodnotové orientaci v celém romském společenství.

Romská populace - dnes již národnost - se v průběhu uplynulých osmačtyřiceti, zejména pak posledních let zásadně změnila:

- vnitřní strukturou
- počtem a územním rozložením
- prohloubením vnitřní diferenciaci, podle jednotlivých etnických podskupin, ale i v důsledku nové vnitřní společenské hierarchie, změnami některých komponentů způsobu života a kultury, celým charakterem této národnostní skupiny oproti stavu předchozímu

Důsledky těchto změn jsou na jedné straně z části pozitivní, na straně druhé ale více negativní. Tradiční romské společenství svými vnitřními zákony a normami bylo v podstatě rozbito, přičemž předchozí skupinové zákony a tradiční hodnotový systém nejsou obvykle nahrazovány novými, lepšími.

Pokusy bývalého československého socialistického státu asimilovat či společensky integrovat Romy mezi většinovou populaci byly nesprávné a tím nerealizovatelné; u Romů nešlo jen o "vyrovnání sociálně-ekonomické a tím kulturní zaostalosti" - jak se tehdy říkalo a na čemž bylo postaveno tzv. "řešení romské otázky". Vždy šlo a stále jde o interetnický problém vzájemné koexistence - soužití dvou odlišných kultur, kterému brání, brzdí jej a komplikují hluboké předsudky v oblasti vzájemných vztahů Romů kontra "gádžů", v posledních třech letech vyhraněné proti Romům až rasisticky. Na jedné straně bylo u větší části Romů dosaženo sice zvýšení sociálně- ekonomického postavení, pokud jde o životní úroveň, některé změny v materiální kultuře a ve zvýšení vzdělanosti, na straně druhé však - v důsledku nerespektování etnicko-národnostní specifiky Romů - narůstala celá problematika v kvalitativně jiných směrech. Systematické potlačování tradičních romských hodnot - projevů života, kultury a jazyka po více než čtyřicet let způsobilo, že část Romů, zejména mladých rodin ve městech, se začala za svůj romský původ stydět, přestala mluvit romsky a své děti

mateřský jazyk neučila, a tak se postupně stali integrovanými, ztráceli tak vztah ke své etnicko-národnostní identitě, protože tato identita a jejich specifická nebyla akceptována.

Docházelo nutně k nezdravým projevům napodobování, kdy se mnozí - jak je zřejmé dodnes - chtějí vyrovnat neromům zejména v materiálních projevech způsobu života. Postupně došlo v další generaci k negativní přeměně myšlení a chápání hodnot, kdy konzumní statky, majetek a peníze kladou mnozí mladší Romové na první místo ve svém hodnotovém žebříčku a hodnotí podle toho i druhé. Konzumní a maloměšťácký způsob života začíná u řady Romů převažovat, mnozí přitom opouštějí své pozitivní tradiční hodnoty a projevují se i tak, jak by bylo neslučitelné s jejich předchozími hodnotami a vnitřními zákony skupiny, jimiž se romské komunity dříve řídily - zcela v rozporu s nimi je v současnosti časté tzv. odkládání dětí do kojeneckých a dětských ústavů, prostituce, podvádění jeden druhého apod.). Starší Romové, kteří byli vychováni tradičně a cítí své romství, jsou nešťastní nad tímto posunem hodnot u mladé i dnešní střední generace a pochybují o perspektivním vývoji Romů jako celku, bude-li vývoj postupovat takto dále, bude se ztrácet vlastní sebeuvědomění, vlastní romský jazyk a kultura a bude nadále převažovat materiální chápání hodnot v životě jako primární

3. NÁVYKOVÉ LÁTKY A ZÁVISLOSTI V NAŠÍ SPOLEČNOSTI

„Počet uživatelů tvrdých drog v České republice v poslední době opět vzrostl - a to na historické maximum. Vyplývá to z průzkumů veřejného mínění, poznatků hygieniků i odborníků na tuzemskou drogovou scénu. A to i přesto, že podle lednové zprávy vídeňské Kanceláře OSN pro kontrolu drog a prevenci proti zločinu (ODCCP) je světový trend naprosto opačný. Zpráva ODCCP konstatuje, že v roce 2000 došlo ve světě k významnému poklesu konzumace i výroby tvrdých drog kokainu a heroinu. Jen heroinu se loni celosvětově vyrobilo o 17 procent méně, než v roce 1999.“¹²

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

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

Jestliže se podíváme kolem sebe, vidíme, že jsme drogami různého typu obklopeni na každém kroku. Látky ovlivňující naši psychiku a schopné vyvolat závislosti jsou všude kolem nás. Vstoupíme-li do běžného potravinářského obchodu, zjistíme, že drogy tvoří podstatnou část současné nabídky. Jedná se však o drogy naší společností tolerované, tedy o drogy tzv. legální. Jde o celou škálu alkoholu vč. piva, ale nejen to. Drogovou definici splňuje i káva, ale i zdánlivě nevinný čaj. O drogových účincích tabákových výrobků netřeba též pochybovat.

Spolu s vývojem naší civilizace se objevují stále nové a nové závislosti. Hovoří se o závislosti na televizi, internetu, adrenalinových sportech, zdravém životním stylu (obyvatelé Spojených států, vydají za své zdraví podle statistik průměrně 2600 dolarů ročně), automatech aj. Naprostá abstinence je v naší společnosti proto úplnou výjimkou. Konzumace legálních drog je běžná věc a nikdo se nad ní nepozastavuje. Tolerance v této oblasti je vysoká a drogy jsou nejen povoleny zákonem, ale nabízeny na každém kroku. Problematika zneužívání návykových látek má v lidské populaci dlouhou tradici. Liší se pouze úhel pohledu na tuto problematiku, daný časem, kulturou a zvyklostmi. Paradoxem je, že čím více se snažíme proti drogám bojovat, tím více se šíří. Například podle Maslowa je závislost člověku daná, neboť do svého schématu základních lidských potřeb zařazuje i závislost na příjmu potravy, vody a

¹² Hygienická stanice hl. města Prahy

vzduchu. Nadstavbou těchto potřeb jsou tzv. potřeby růstu a zde zdůvodňuje potřebu užívání drog nedostatkem v rovině tzv. metapotřeb.

Věková hranice, kdy mládež získává první zkušenosti s drogou se neustále snižuje a těch, kteří je berou, přibývá. Nejvíce mladých přitom začíná ve věku 14 až 16 let. Nejčastěji užívanou drogou pak marihuana, následují těkavé látky a opiáty. Zvýšil se i počet uživatelů tak zvaných rekreačních drog, jako jsou lysohlávky či tripy, zatímco pervitin se užívá v menší míře. I přes nejrůznější preventivní akce procento mladých lidí, kteří mají zkušenost s drogou, vzrůstá. Například na Jihlavsku to bylo v roce 1996 dvacet procent, o dva roky později jednadvacet procent a v roce 2000 už devětatřicet procent. První kontakty s drogou mají už i třináctileté děti. Většinou se ale jedná o skupinu patnácti až šestnáctiletých. Co se týče závislých osob, v žádném okrese přesné počty neznají. Určité údaje jsou v evidencích jednotlivých zařízení, na něž se drogově závislí obrátí o pomoc. Oblíbenou drogou mezi mládeží jsou i lysohlávky a durman, které v přírodě možné najít v hojném množství. Nejrizikovějším údajem není samotná zkušenost s drogou. Varující je ale procento školáků, kteří mají s drogou zkušenost opakovanou a největší pozornost pak vyžaduje užívání drog v pravidelných intervalech. Mezi mládeží je také vysoký počet pravidelných kuřáků. To podle odborníků potvrzuje hypotézu, že školáci mají k dispozici relativně vysoké finanční obnosy a zdravotní rizika způsobená pravidelným kouřením si nepřipouštějí. Co se týče alkoholu a cigaret, studie potvrdila aktivní podíl samotných rodičů na tom, že je dítě ochutná v raném věku. Nelegální nealkoholové drogy pak mladí nejčastěji získávají od někoho v blízkém okolí. Zdravotníci varovně upozorňují i na zneužívání legálně dostupných drog, kterými jsou alkohol a tabák. První opilost zažilo do svých patnácti let 55,9 procenta školáků. Dvanáct procent dětí tuto zkušenost učinilo dokonce do třinácti let. Cigarety pravidelně kouřilo 43,9 procenta oslovených školáků. Přes třicet procent jich začalo pravidelně kouřit do svých 15 let.

3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY

- Nelze nijak definovat typickou osobnost potenciálně závislého jedince, lze pouze vymezit faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti:
- a) společenské
 - dostupnost drog
 - společenská dezorganizace a stress
 - nedostatek finančních zdrojů na prevenci
 - prodrogové postoje a normy

- b) rodinné
 - historie závislostí v rodině
 - sociální chování
 - prodorogové postoje
 - užívání a dostupnost drog
 - nedostatek lásky a péče
- c) vrstevnické
 - užívání drog, postoje
 - asociální chování
 - vliv sociální interakce
- d) biologické
 - poruchy a nedostatky v selfkonceptu
 - zdravotní handicap
 - nízká výkonnost
 - biologické dispozice
 - asociální chování, LMD
 - nedostatek asertivity aj.

3.2 DRUHY DROG

Jenom pro přehlednost uvádím některé přístupy k dělení návykových látek. Tím nejzákladnějším, již výše popsaným, je dělení na látky společensky akceptované a společensky nepřijatelné. Můžeme taky použít rozdělení na alkoholové a nealkoholové. Pro názornost je třeba uvést, že i užívání tabáku je děleno do dvou skupin a to: tabakismus (žvýkání tabáku) a nikotinismus (inhalování zplodin).

Vlastní drogy, tak jak jsou společností chápány, tedy psychotropní látky nealkoholové, společensky neakceptované potom můžeme dělit na:

halucinogeny (LSD, lysohlávka, blín, durman)

Přírodní i syntetické látky, převažujícím účinkem je široké ovlivnění psychiky (změny nálady, halucinace). V 50. letech se používalo LSD v psychiatrii. V 60. letech se rozmohlo jeho zneužívání.

organická rozpouštědla (toluen, benzin, ředidla)

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

konopné drogy (marihuana, hašiš)

Marihuana je vlastně název drogy získané z rostliny konopí. Sociologické výzkumy ukazují, že maximální zájem o marihuanu se objevuje v rané pubertě, později se ustaluje na stabilním množství a ještě později se spotřeba snižuje. Z marihuany se vyrábí **hašiš**.

stimulační drogy (pervitin, amfetamin, kokain)

Pervitin je typicky český produkt. Pervitin je droga stimulační. To znamená, že člověk má pocit, jakoby měl více sil, odpadáva únava. Pod jejím vlivem je schopen vyšších výkonů skoro ve všech oblastech.

opiáty (opium, kodein, heroin, braun)

Heroin je nejznámější zástupce tvrdých drog. Závislost se vyvíjí extrémně rychle, takže už po několika jednotlivých dávkách se po vysazení mohou vyskytnout výrazné abstinenci příznaky. Všechny opiáty působí na organismus velmi tlumivě. Heroin, jako nejsilnější z nich je proto velmi nebezpečný právě pro tuto svou vlastnost. Při intravenózním užívání je velké riziko nákazy AIDS a jiných nebezpečných chorob, protože se často používají nesterilizované jehly, které už byly použité.

Látky společností akceptované:

alkohol

Lidem se zdá, že alkohol v malých množstvích zvyšuje energii a způsobuje, že se cítí čilejší a společenější. Ve skutečnosti je však jeho vliv na centrální nervový systém tlumivý, ne stimulující. Průměrný metabolismus dospělého člověka odbourá cca 8.5g alkoholu za hodinu. To je asi třetina piva, anebo půl skleničky tvrdého alkoholu. Rychlost odbourávání se výrazně liší případ od případu. Závisí například na pohlaví, hmotnosti, velikosti žaludku, frekvenci pití. U alkoholu se stejně jako u většiny drog při opakovaném užívání vyvíjí tolerance, takže jsou potřebné stále vyšší dávky na dosažení stejného účinku. Při alkoholu se vyvíjí relativně pomalu, stoupá však se snižujícím se věkem.

nikotin

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

4. ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY

4.1 NÁSTIN VÝVOJE PÉČE O SOCIÁLNĚ NARUŠENÉHO JEDINCE NA ÚZEMÍ ČR.

V českých zemích byly také zaznamenány snahy o řešení poruch chování.

František Čáda (filozof, psycholog, pedopsycholog)

zabýval se problematikou jejich příčin a vývoje všiml si mládeže s tzv. „*fantastickou aktivitou*“ (horečnatá záliba v četbě, která podporuje výrazně fantazii a nezřídká je i návodem, jak by se mohly nevhodné touhy realizovat tyto zájmy vedly k vytváření tzv. „band“, „černé ruky“ (chlapci chodili za školu, zbraně, dívky měly předčasné sexuální zkušenosti) za důležité považoval včasnou informovanost rodiny

Antonín Heverech (český psychiatr a neurolog)

řídil v „Pedagogických rozhledech“ pedopatologický oddíl, v němž psal o dětské neposednosti, o chorobné lhavosti a o zločinnosti uveřejnil spis „Duševní odchylky u mládeže školní“ pojatý z psychiatrického hlediska a z něho vyplývajících výchovných přístupů

Josef Zeman (významný speciální pedagog)

1926 publikoval „Péče o mládež mravně vadnou a mravně ohroženou“

Karel Čapek zaznamenal v „Hovorech s TGM“ názor TGM o problémových dětech:

„Vemte výchovu za stránky zdravotní, výchovu dětí úchylných nebo méně nadaných, výchovu dětí zpustlých : říká se, že dobrá škola ušetří peníze za kriminál, špitál a chudobince.“ Hodnotil vysoce vliv školní výchovy a plně doceňoval působení učitele na každého žáka s přihlédnutím k jeho individuálním odlišnostem.

Počátkem 19. stol. se začal projevovat zvýšený zájem řešit péči o narušené děti a mladistvé.

1816 – založen jeden z prvních ústavů tohoto druhu s názvem **výchovna či vychovatelna** (Německo v Overdyku - J. Reck ml.)

U nás:

1942 – „**Jednota pro blaho propuštěných káránců**“ dříve ústav pro osiřelé, opuštěné a mravně narušené.

1883 – Praha –Libeň –Vychovatelna, podílel se na založení Vojtěch Náprstek a František Ladislav Rieger, byly zde učiněny první pokusy o diagnostikování a o vyšetřování mladistvých, kteří byli i po propuštění nadále sledováni

1884 – Vinohrady a Říčany – Vychovatelna pro děti od 6 do 10 let, jako venkovský výchovný ústav z nadace manželů Olivových

V druhé polovině 19. století se začaly zřizovat pro morálně narušenou mládež :

ochranovny a polepšovny

- ochranovna byl termín pro sociálně výchovné instituce, kam byly umístovány děti osiřelé, opuštěné, žebrající, ale i zpustlé a mravně narušené, zčásti se překrývaly s polepšovnamí, do kterých se mohla dostat mládež zanedbaná, mravně vadná, ale i zločinná

(Anglie – *polepšovny* : pro děti bez předchozího trestu / *polepšovací školy* : pro delikventy)

V Rakousku –Uhersku upravil vybudování polepšoven zákon z r.1885 současně se zakládáním **donucovacích pracoven**.

V Čechách první polepšovna pro chlapce i pro děvčata Opatovice, Králíky a Kostomlaty.

- pro mladistvé do 18 let za přestupek či přečin a pro další od 14 do 18 let, kteří by byli v dospělosti pravděpodobně zařazeni do donucovacích pracoven

- polepšovny pečovaly i o děti mladší 14 let, pokud se dopustily takových činů, jež se u dospělých trestaly jako zločiny

- postupně bylo přijetí upravováno v souvislosti se změnami právních norem, rozhodovaly soudní instituce, hranice propuštění se neurčovala s výjimkou, pokud byla stanovena do 18 let

- jejím úkolem byla výchova chovanců, zejména výchova mravní, výcvik v zaměstnání a pracovních dovednostech

- byly rozděleny podle věku, pohlaví a národnosti

- počáteční záměry v péči o provinilé děti a mladistvé, jež byly na svou dobu pokrokové, staly se později hrozbou pro umístěnou mládež

1921 byla polepšovna v Opatovicích a Králíkách přejmenována na vychovatelnu

- zákon z roku 1931 stanovil, že polepšovny budou napříště určeny pro mladistvé, kteří byli odsouzeni k trestu ve vězení trvajícím déle než 6 měsíců

- od roku 1948 byly zavedeny dětské domovy se zvýšenou výchovnou péčí pro děti od 9 do 14-15 let a domovy mládeže pro převýchovu 15-18 let.

4.2 DRUHY A TYPY ZAŘÍZENÍ PRO VÝKON ÚSTAVNÍ A OCHRANNÉ VÝCHOVY – LEGISLATIVA

Základním dokumentem, který určuje a řídí výkon ústavní nebo ochranné výchovy na území ČR je zákon 109/2002 Sb. ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Tento zákon byl dále novelizován zákonem 383/2005 Sb. ze dne 19. srpna 2005, Podrobnosti výkonu ústavní nebo ochranné výchovy dále specifikuje vyhláška 438/2006 Sb. ze dne 13. září 2006, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Také je třeba zmínit nejnovější novelu z.č. 109/2002 Sb., z.č.274/2008 sb., zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Policii České republiky - § 40a. Tato novela definuje toto: „Pokud zařízení nezajistí bezodkladný převoz dítěte s nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovou, které z tohoto zařízení uprchlo, z útvaru policie, který dítě zajistil, je povinno hradit Policii České republiky náklady vzniklé převezněním dítěte do zařízení.“

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

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

Zařízení poskytují péči jinak poskytovanou rodiči nebo jinými osobami, kterým bylo dítě svěřeno do výchovy rozhodnutím příslušného orgánu, (dále jen "osoby odpovědné za výchovu") dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Zařízení poskytují péči rovněž dětem, u nichž bylo nařízeno předběžné opatření.

Zařízení poskytují péči rovněž dětem, které nejsou občany České republiky a splňují podmínky stanovené zvláštním zákonem. Za tímto účelem se zřizuje zařízení, které může v sobě zahrnovat všechny druhy zařízení. Není-li zřízeno zařízení z provozních nebo jiných důvodů možné, zřizují se pro děti samostatná oddělení v rámci jednotlivých druhů zařízení.

4.3 PÉČE O DĚTI VYŽADUJÍCÍ VÝCHOVNĚ LÉČEBNÝ REŽIM

Za děti vyžadující výchovně léčebný režim v důsledku jejich neurologického poškození a psychického onemocnění se považují děti s psychickým nebo psychiatrickým onemocněním a s disharmonickým vývojem osobnosti, které mají emoční poruchy a vývojové poruchy chování (dále jen "děti se závažnými poruchami chování"), výrazné poruchy chování s antisociálním, sexuálně deviantním a jinak nebezpečným chováním (dále jen "děti s extrémními poruchami chování") diagnostikované lékařem nebo diagnostickým ústavem .

Děti se závažnými poruchami chování a děti s extrémními poruchami chování jsou umísťovány do zařízení, jejichž činnost nebo činnost jejich oddělení je specializovaná na výchovně léčebnou péči.

4.4 DĚTI SE ZÁVAŽNÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ

Do dětského domova se školou a výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti se závažnými poruchami chování mohou být diagnostickým ústavem umísťovány zejména:

- děti, které jsou v důsledku svého psychického oslabení závažně ohroženy ve svém vývoji,
- děti s poruchami pozornosti a soustředění, doprovázenými hyperaktivitou, které není možné zvládat běžnými výchovnými postupy a metodami,
- děti experimentující s návykovými látkami nebo drogově závislé.

Výchovně léčebná péče je zajišťována speciálně pedagogickými a psychologickými metodami, zpravidla za spolupráce zdravotnického zařízení, které je způsobilé poskytovat požadovanou zdravotní péči.

Do dětských domovů se školou a výchovných ústavů nebo oddělení se děti umísťují na nezbytně nutnou dobu. Nejpozději v osmém týdnu po umístění dítěte probíhá přehodnocování aktuálnosti jeho pobytu v daném zařízení a závěry jsou součástí osobní dokumentace dítěte. Po ukončení pobytu je dítě přemístěno zpravidla zpět do dětského domova se školou nebo výchovného ústavu.

4.5 DĚTI S EXTRÉMními PORUCHAMI CHOVÁNÍ

Do výchovného ústavu nebo oddělení specializovaného na výchovně léčebnou péči pro děti s extrémními poruchami chování mohou být diagnostickým ústavem umístěny zejména:

- děti, které se opakovaně nedovoleně vzdalují ze zařízení a dopouštějí se jednání, které má znaky trestné činnosti, přičemž se jedná o děti, které v dané situaci není možné zvládnout výchovnými postupy, organizací a prostředky používanými v běžných zařízeních
- děti, u nichž jsou násilné projevy chování spojeny s náznaky duševních poruch, sexuálních úchylek, u nichž se však jeví specializovaná péče jako vhodná součást výchovně léčebného působení,
- děti s drogovou závislostí,
- děti mladší 15 let, kterým byla uložena ochranná výchova,
- děti, kterým soud uložil ochrannou výchovu, přestože již jsou trestně odpovědné, ale z osobnostních či výchovných důvodů je vhodné dokončit v daném zařízení započatý proces výchovných a socializačních změn.

Do výchovného ústavu nejsou umísťovány děti s psychickým onemocněním spočívajícím v možných rozvíjejících se psychózách vyžadujících průběžnou zdravotní péči poskytovanou příslušným zdravotnickým zařízením.

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

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

Při práci se skupinou jsou přítomni nejméně 3 pedagogičtí pracovníci, z nichž 1 je asistent pedagoga; při noční službě jsou ve výchovné skupině přítomni vždy 2 pedagogičtí pracovníci. Při kontrolách dětí v ložnicích musí být přítomni vždy 2 zaměstnanci zařízení.

Ve škole, jejíž činnost vykonává právnická osoba vykonávající současně činnost výchovného ústavu, a v níž se vzdělávají děti s extrémními poruchami chování, probíhá běžná

výuka na úrovni rámcových vzdělávacích programů základního, případně středního vzdělávání, kterou vede učitel za pomoci asistenta pedagoga. Pro potřeby školy ve výchovném ústavu a oddělení je vypracován školní vzdělávací program, který odráží reálné možnosti umístěných dětí. Pohyb jedné výchovné skupiny mimo zařízení je zabezpečen nejméně třemi zaměstnanci zařízení.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. VÝZKUMNÝ VZOREK

Již pátým rokem pracuji na dohodu o pracovní činnosti jako vychovatelka a asistentka pedagoga ve výchovném ústavu, střední škole a školní jídelně v Jindřichově Hradci, dále jen výchovný ústav. V roce 2007 jsem zpracovala výzkum, který zahrnoval 80 dívek. Po dvou letech jsem se rozhodla výzkum rozšířit. Vedlo mě k tomu to, že zařízení ve kterém pracuji zvětšilo svou kapacitu z původních 24 lůžek na současných 36 lůžek a bylo zde zřízeno oddělení, které má dvě výchovné skupiny s celkovou kapacitou 12 lůžek. Výchovnou skupinu pro šest dívek s extrémními poruchami chování (EPCHO) a výchovnou skupinu pro šest dívek s uloženou ochrannou výchovou (OV). Zajímalo mě, jak zejména druhá skutečnost, tedy přijímání dívek s EPCHO a OV ovlivní tehdy zjištěné skutečnosti. Zpracovávám období prosinec 2007 až březen 2009 a zjištěné skutečnosti srovnávám s výsledky dívek ve výchovně léčebném oddělení za období září 2003 až srpen 2006. Nejdříve rekapituluji tehdejší šetření:

Za čtyři roky bylo do ústavu přijato 98 dívek ve věku od patnácti do osmnácti let a 91 dívek odešlo. V jednotlivých letech to byly tyto počty:

1.9.2003 – 31.8.2004 přišlo 16 a odešlo 15 dívek

1.9.2004 – 31.8.2005 přišlo 45 a odešlo 41 dívek

1.9.2005 – 31.8.2006 přišlo 37 a odešlo 32 dívek

Na začátku tohoto období, tedy k 1. září 2003 bylo v ústavu přítomno 24 dívek. Některé dívky byly pravidelně hospitalizovány v psychiatrické léčebně pro psychickou poruchu, část dívek byla na léčení z drogové závislosti. Na útěku, většinou dlouhodobém bylo pravidelně asi deset dívek a čtyři dívky byly podmíněně propuštěny domů.

Výzkumný vzorek, který jsem si vybrala pro ověření mých hypotéz tvořily dvě skupiny dívek. První skupinou byly dívky, které již nebyly v ústavu přítomny, ale pobývaly zde v období od 1.9.2003 do 31.12.2006 a strávily v ústavu souvisle alespoň dva týdny. Z celkového počtu dívek, které ústav v tomto období evidoval – 105, vyhovělo tomuto kritériu 80 dívek. Jejich údaje jsem získala pouze studiem materiálů. Druhou skupinu tvořily dívky, které dlouhodobě pobývaly v ústavu v období od 1.1.2007 do 28.2.2007. Tuto skupinu tvořilo 24 dívek. Údaje o těchto dívkách jsem získala studiem materiálů, pozorováním a některé údaje jsem si ověřila dotazníkovým šetřením.

Výzkum jsem v březnu 2009 zopakovala pouze se skupinou dívek z oddělení EPCHO a OV.

V období prosinec 2007 až březen 2009 bylo do tohoto oddělení přijato celkem 22 dívek a propuštěno 11 dívek. Na začátku sledovaného období byly přítomny čtyři dívky, k 31. březnu 2009 bylo přítomno 11 dívek.

Mou povinností při práci s dívkami, je také seznámit se s jejich anamnézou a ostatními údaji obsaženými v osobním spise, mimo dokumentů, které jsou označené jako důvěrné. Za pět let, po které v ústavu příležitostně pracuji jsem se pravidelně setkávala s agresí dívek, která se většinou obracela proti zařízení ústavu (ničení dveří, okenních výplní a nábytku). Na začátku mé práce byla příčinou této agrese téměř vždy různá psychická onemocnění. Stále častěji však přicházejí dívky, které jsou na různém stupni závislosti na zneužívání návykových látek. Dnes se situace zcela změnila a posledně jmenované dívky tvoří značnou část klientely ústavu.

Výchovný ústav pracuje s dívkami ve dvou odděleních. V oddělení s výchovně léčebným režimem, a v oddělení EPCHO a OV. Má proto upravena pravidla pro přijímání dívek, které tuto specifickou péči vyžadují. Do oddělení s výchovně léčebným režimem jsou dívky přijímány na tři základní typy pobytů. První skupiny tvoří dívky, které již byly v minulosti hospitalizovány v některé z psychiatrických léčeben a vyžadují proto individuální přístup. Tyto dívky ve většině případů užívají psychofarmaka, jsou pravidelně kontrolovány psychiatrem a i v rámci pobytu jsou opakovaně hospitalizovány v léčebnách. Jsou dlouhodobě indikovány pro pobyt v zařízení, které poskytuje výchovně léčebný režim a v ústavu setrvávají až do ukončení ústavné výchovy.

Druhým typem pobytu jsou stabilizační pobyty, kdy ústav v Jindřichově Hradci přijímá dívky z jiných ústavů ke krátkodobým pobytům, jejichž účelem je vytrhnout dívku z prostředí, kde nezvládá své emoce nebo má narušené sociální vazby v kolektivu. Tento pobyt je obvykle měsíční a končí stabilizací dívky a jejím zpět navrácením do původního ústavu.

Posledním typem pobytu je pobyt střednědobý. Jsou do něho zařazeny dívky původně přijaté ke krátkodobému stabilizačnímu pobytu, u nichž se projeví závažnější poruchy a je třeba dlouhodobějšího odborného individuálního přístupu ke zvládnutí těchto problémů. tyto dívky jsou obvykle hospitalizovány v psychiatrické léčebně, je provedena revize léčebným

postupů a speciálně pedagogického působení. Pobyť je do šesti měsíců a končí navrácením do původního zařízení.

Do výchovné skupiny EPCHO jsou přijímány dívky s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou na základě souhlasu příslušného diagnostického ústavu. Pobyť dívek v této VS se pravidelně vyhodnocuje. Do VS pro dívky s ochrannou výchovou jsou přijímány pouze dívky s takto uloženým soudním opatřením. I tento pobyt je sledován a dívky mají možnost převedení do oddělení s výchovně léčebným režimem. Dívka s uloženou ochrannou výchovou však do zletilosti, popřípadě do zrušení tohoto opatření zůstává v Jindřichově Hradci.

Výsledky prvního výzkumu uvádím pro srovnání v tabulce pouze v procentech spolu s procentuálním vyjádřením výsledků výzkumu u nového vzorku. Zjištění u dívek z oddělení EPCHO a OV uvádím v samostatné tabulce i v počtech. Výzkum z let 2003 – 2006 označuji dále jako výzkum 1 a zjištění u nové skupiny (EPCHO a OV) označuji jako výzkum 2.

6. METODIKA

Informace, které jsem získala studiem osobních spisů dívek a během pedagogické práce s nimi využívám se souhlasem vedení ústavu a dívek pro svou bakalářskou práci.

Pro oba své výzkumy jsem použila několik metod. Pro základní ověření všech tří hypotéz jsem použila metodu statistického zpracování anamnestických dat získaných z osobních spisů dívek, údaje z léčebných deníků, které ústav u každé dívky vede a údaje periodických hodnocení dívek zpracovaných psychologem, etopedem a vychovateli ústavu.

Pro ověření první hypotézy, která se vztahuje k agresi dívek používám jako doplňkovou metodu pozorování dívek u výzkumu 1 během období ledna až února 2007, u výzkumu 2 v období března 2009. Údaje o závislosti na návykových látkách a sociálnímu statutu rodiny jsem si u skupiny dívek, kterým byly přítomny během obou šetření ověřila dotazníkem.

6.1 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

Ve výzkumu 1 jsem zpracovala údaje 80-ti dívek, které v ústavu strávily souvisle dva týdny v období od 1.9.2003 do 31.12.2006. U výzkumu 2 jsem zpracovala údaje 22-ti dívek, které byly v oddělení evidovány. Údaje jsem získal z osobních spisů dívek, léčebných deníků a periodických hodnocení Plánů rozvoje osobnosti. Údaje jsem podrobila analýze podle předem stanovených kritérií.

- hospitalizace v psychiatrické léčebně (dále jen PL) pro psychické onemocnění, u tohoto údaje jsem zjišťovala i četnost hospitalizací
- hospitalizace v PL pro nezvládnutelnou agresi, u tohoto údaje jsem zjišťovala opět četnost hospitalizací
- pobyt v zařízení pro drogově závislé včetně Detoxu
- užívání návykových látek
- agresivita dívek, kterou jsem dále členila na:
 - sebeпоškozování
 - verbální agresi
 - ničení věcí a zařízení
 - fyzická agrese vůči osobám (ostatní dívky a personál)
- úplnost rodiny

Takto členěné údaje uvádím v tabulkách ve výsledcích výzkumu.

6.2 POZOROVÁNÍ

V období od 1.1.2007 do 28.2.2007 a nepravidelně v březnu 2009 jsem ve výchovném ústavu pracovala střídavě se všemi výchovnými skupinami dívek v dopolední i odpolední činnosti. Měla jsem tedy dostatečný prostor pro pozorování projevů dívek. Zaměřila jsem se na projevy agrese verbální i nonverbální, útky a zjištěné užívání návykových látek v tomto období. Získané údaje uvádím diferencovaně ve výsledcích.

6.3 DOTAZNÍK

Dotazník je můj vlastní, nestandardizovaný. Před vyplňování dotazníku jsem dívkám dala instrukce ústně. Dotazník je vyplňován anonymně. Dotazování zvolenou odpověď zaškrťávají, v případě otevřených otázek doplňují svou odpověď na vyznačené místo.

Dotazník se skládá z 10 otázek. 7 otázek je uzavřených, respondenti volili pouze jednu z nabízených odpovědí, 2 otázky je polozavřené, respondenti měli možnost vedle výběru z nabízených odpovědí zvolit také vlastní varianty a jedna otázka je otevřená, dotazuje se na věk dívky.

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

V první etapě jsem u výzkumu 1 provedla předvýzkum. Nejdříve jsem sestavila dotazník, který jsem si v předvýzkumu ověřila na malém vzorku dívek. Tento dotazník jsem vyhodnotila a na jeho základě jsem vytvořila nový dotazník, ve kterém jsem odstranila některé nedostatky, například nepřesnosti ve formulaci otázek, vedoucí k jejich nesrozumitelnosti pro dívky a otázky na které dívky odpovídaly nejednoznačně. Zúžila jsem množství otevřených otázek, aby odpovědi šlo lépe vyhodnocovat. Odstranila jsem otázky, jejichž přínos pro ověření hypotéz byl nulový. Na základě takto získaných poznatků jsem vytvořila nový dotazník, který jsem ve výzkumu použila.

7. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

7.1 VÝSLEDKY STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT

Prvním údajem, který jsem zjišťoval z osobní dokumentace dívek byly hospitalizace v psychiatrických léčebnách pro psychické poruchy. Zjišťovala jsem počet hospitalizací v průběhu života dívek. V tabulce uvádím výsledky 22 dívek z výzkumu 2.

Hospitalizace	Počet dívek	Procento
Nikdy	6	27,3
1 x	5	22,7
2 x	2	9,1
3 – 5 x	5	22,7
Více než 5 x	4	18,2

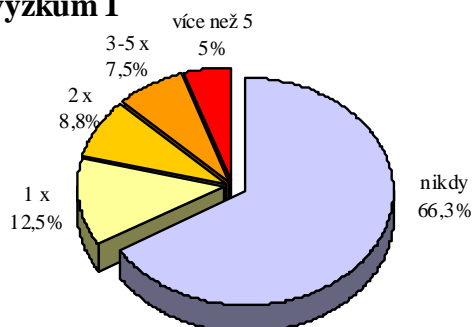
Necelá třetina dívek, jejichž údaje jsem zjišťovala nebyla hospitalizována v PL pro psychické poruchy. Alespoň jednou bylo pro psychické poruchy hospitalizováno 5 dívek, tj. pětina. Každá druhá dívka - 50,0 % byla hospitalizována více než jednou. Ze spisů jsem se dále dočetla, že nejčastěji byly dívky hospitalizovány v PL Opařeny a v PL Bohnice. Dalšími léčebnami, které dívky přijaly byly PL Jihlava, Opava, Šternberk, Havlíčkův Brod, Dobřany, Velká Bíteš, Kosmonosy, Jemnice, Havlíčkův Brod a Želiv.

Srovnání obou výzkumů:

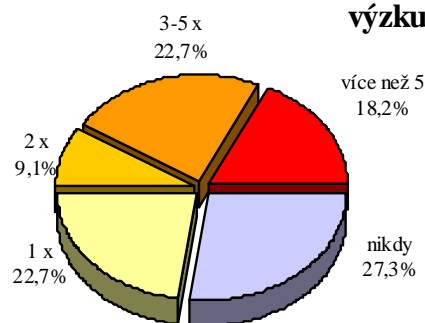
Hospitalizace	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Nikdy	66,3	27,3
1 x	12,5	22,7
2 x	8,8	9,1
3 – 5 x	7,5	22,7
Více než 5 x	5,0	18,2

Počet dívek, které nebyly hospitalizovány je ve druhém vzorku poloviční. U častých hospitalizací, tedy více než tři, je nárůst trojnásobný. Pro přehlednost znázorňuji graficky.

výzkum 1



výzkum 2



Druhým údajem byly hospitalizace v psychiatrických léčebnách pro nezvládnutelnou agresi dívek. Tento vzorek zahrnoval opět 22 dívek. Zjišťovala jsem rovněž četnost hospitalizací. Tentokrát pouze za období, kdy dívky byly umístěny ve výchovném ústavu.

Hospitalizace (agrese)	Počet dívek	Procento
Nikdy	21	95,5
1 x	1	4,5
2 x	0	0,0
Více než 2x	0	0,0

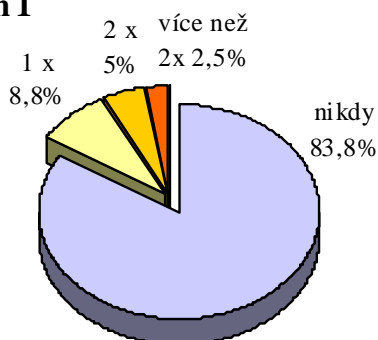
Pro agresi, kterou nebylo možno zvládnout běžnými výchovnými prostředky, byla hospitalizována aspoň jednou během pobytu v zařízení 1 dívka. Opakovaně nebyla hospitalizována žádná dívka.

Srovnání obou výzkumů:

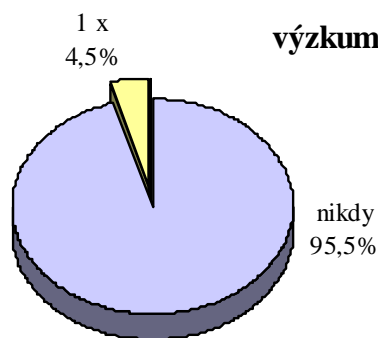
Hospitalizace	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Nikdy	83,8	95,5
1 x	8,8	4,5
2 x	5,0	0,0
Více než 2x	2,5	0,0

Z tohoto srovnání vyplývá, že nově vzniklé pracoviště je materiálně i personálně schopno lépe zvládat agresi dívek a hospitalizace byla nutná pouze u jedné dívky.

výzkum 1



výzkum 2



Třetím údajem který jsem zjišťovala ze spisů dívek byl pobyt v zařízení pro drogově závislé včetně detoxikačního centra – Detoxu (DaDDC). Zjišťovala jsem kolik dívek ze zkoumaného vzorku (22 dívek) bylo alespoň jednou umístěno v zařízení pro drogově závislé. Nezkoumala jsem počet pobytů, ani jejich délku. Pobyt v těchto zařízení jsem hodnotila za celou dobu života dívek, tedy i před umístěním do ústavu.

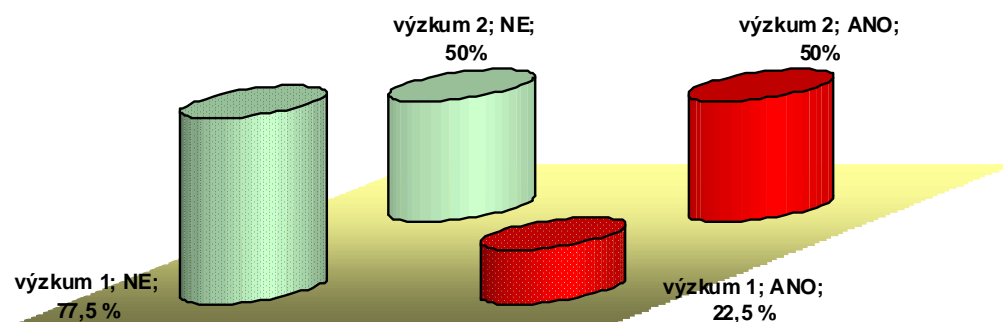
Hospitalizace (drogy)	Počet dívek	Procento
Ne	11	50,0
Ano	11	50,0

Polovina dívek ze zkoumaného vzorku byla hospitalizována v zařízení pro drogově závislé pro zneužívání návykových látek. Nejčastější drogou, která byla ve spisech uváděna byl pervitin, dále heroin a těkavé látky – toluen a ředidla. Často se také objevila závislost na alkoholu. Nejčastěji zmiňovanou léčebnou byla PL Jemnice a Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, známá též jako nemocnice Pod Petřínem, zde byly dívky umístovány do detoxikačního centra opakovaně.

Srovnání obou výzkumů:

Hospitalizace (drogy)	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Ne	77,5	50,0
Ano	22,5	50,0

V novém výzkum zjišťuji, že počet dívek, které byly nuceny vyhledat odbornou pomoc při problémech s užíváním návykových látek je ve specializovaném oddělení dvojnásobný ve srovnání s dívkami z předchozího šetření. Objevuje se zde také několik dívek, které byly pro užívání návykových látek nebo jejich distribuci kriminalizovány. Výsledky obou šetření uvádím pro přehlednost v jednom grafu.



Čtvrtým zjišťovaným údajem bylo problémové užívání návykových látek. Informace jsem získala z léčebných deníků a z osobních spisů dívek. Nezkoumala jsem četnost, ale kvalitativně jsem rozdělila návykové látky na psychotropní látky nealkoholové, které pro zjednodušení dále nazývám drogy a alkohol. Nezabývala jsem se nikotinismem, neboť nekuřáci se mezi klientkami ústavu objevují pouze výjimečně. Vycházím z informací vedených ústavem, které zahrnují zprávy před přijetím do ústavu i vlastní zjištění pracovníků oddělení. Samostatně uvádím dívky, které užívaly pouze drogy, dívky které užívaly alkohol a dívky, které užívaly alkohol v kombinaci z drogami.

Užívání návykových látek	Počet dívek	Procento
Ne	4	18,2
Drogy	2	9,1
Alkohol	2	9,1
Alkohol + drogy	14	63,6

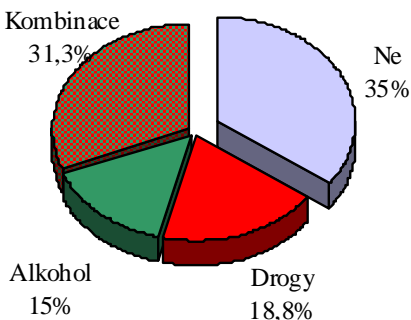
Pouze necelá třetina dívek neměla problémy s užíváním návykových látek. Naopak téměř u dvou třetin dívek bylo zaznamenáno užívání alkoholu v kombinaci s drogou. Zkoumala jsem pouze problémové užívání návykových látek. K úplné abstinenci se v rozhovorech nehlásí žádná dívka. Alkohol dívky kombinují se všemi návykovými látkami, nejčastěji uvádějí kouření marihuany v podobě jointu. Nejvíce zneužívaným alkoholickým nápojem je bílé krabicové víno a pivo.

Srovnání obou výzkumů:

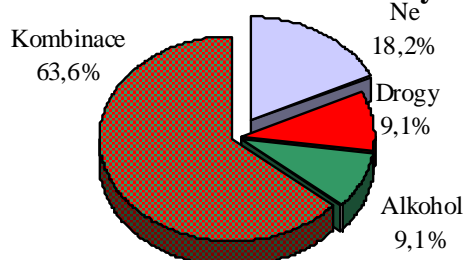
Užívání návykových látek	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Ne	35,0	18,2
Drogy	18,8	9,1
Alkohol	15,0	9,1
Alkohol + drogy	31,3	63,6

U dívek z oddělení EPCHO a OV je dvojnásobný nárůst v problémovém užívání drog ve spojení s alkoholem. Rovněž abstinence je zde poloviční.

Výzkum 1



Výzkum 2



Pátým údajem který jsem z dokumentace zjišťovala byla agresivita dívek. Agresivitu jsem při vyhodnocování dělila na sebepoškozování, verbální, fyzickou vůči majetku a fyzickou vůči osobám. Zpracovala jsem údaje 22-ti dívek a dívky jsem zařadila podle převažujícího typu agrese. Nezkoumala jsem četnost, ani příčiny agresivního chování. Za agresivitu jsem považovala pouze extrémní projevy, které musely být řešeny intervencí pedagogického pracovníka, popřípadě přivoláním policie či lékaře. Zaznamenávám pouze agresivitu během pobytu v zařízení a to jak uvnitř objektu, tak na akcích pořádaných mimo ústav nebo na samostatných vycházkách a útěcích.

Agresivita	Počet dívek	Procento
Ne	0	0,0
Sebepoškozování	2	9,1
Verbální	12	54,5
Fyzická - majetek	4	18,2
Fyzická - osoby	4	18,2

Nějaký projev agresivity vykazuje každá dívka. Nejčastěji jde o agresi verbální. Opět je to výsledek technického zabezpečení a zvýšeného počtu pedagogů na oddělení. U dívek, které se nejčastěji projevovaly verbální agresi šlo vždy o hrubé urážky doprovázené divokou gestikulací. K fyzickému napadání jiné dívky měly sklony dvě klientky, dvakrát byl terčem útoku vychovatel z toho jedna dívka opakovaně a napadala i policejní hlídku.

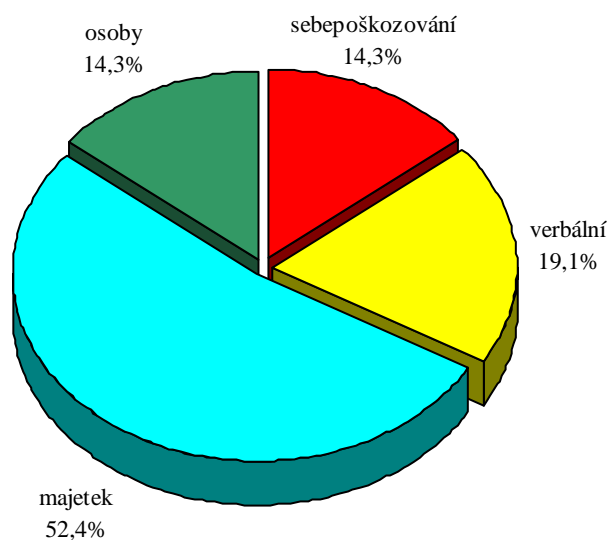
Srovnání obou výzkumů:

V prvním výzkumu jsem agresivitu zjistila u 52,5 % respondentů. V případě druhého výzkumu u všech dívek. Tyto údaje nesrovnávám, neboť do specializovaného oddělení jsou umísťovány dívky právě pro svou agresivitu. Z výzkumu 1 však do srovnávací tabulky zahrnuji pouze dívky s agresivními projevy, šlo o 42 dívek. Rovněž graf výzkumu 1 zobrazuje pouze tyto dívky. Porovnávám tedy agresivitu podle jejich projevů u všech dívek, které agresi vykazují.

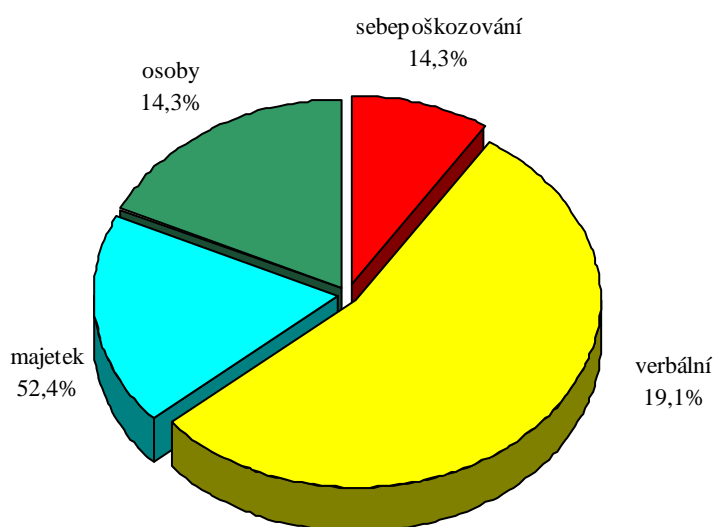
Agresivita	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Sebepoškozování	14,3	9,1
Verbální	19,1	54,5
Fyzická - majetek	52,4	18,2
Fyzická - osoby	14,3	18,2

Tabulka jasně dokládá, že ústav technickými prostředky a zvýšeným dohledem výrazně snížil násilí na majetku. To se projevilo naopak ve zvýšené verbální agresivitě. Nutno dodat, že ve druhém zkoumaném vzorku je zastoupeno pět dívek, které již pobývaly ve vazbě nebo ve výkonu trestu také za násilné trestné činy. Z toho dvě dívky opakovaně.

Výzkum 1



Výzkum 2



Posledním šestým údajem, který jsem zjišťovala statistickým zpracování dat je úplnost rodiny. U zkoumaného vzorku 22 dívek jsem zjišťovala, kolik dívek při umístění do ústavu pochází z úplné rodiny. Za rodiče jsem pro tyto účely považovala biologické rodiče ne rodiče adoptivní. Za úplnou rodinu jsem nepovažovala rodinu, kde biologický rodič žil v manželském svazku s jiným partnerem, než opět s biologickým rodičem. Rozlišuji rodinu úplnou, rodinu neúplná (otec, matka) a rodinu chybějící. Za chybějící rodinu považuji rodinu, kdy dívka rodiče nezná, nebo byla umístěna do náhradní péče již v kojeneckém věku.

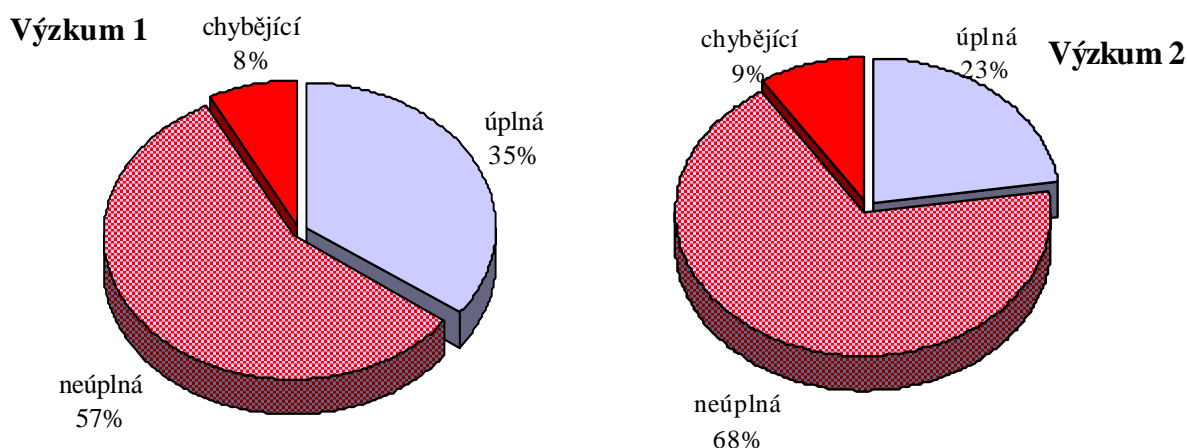
Rodina	Počet dívek	Procento
Úplná	5	22,7
Neúplná	15	68,2
Chybějící	2	9,1

Z úplných rodin pochází pouze necelá čtvrtina dívek – 22,7 %. Dvě dívky ze zkoumaného vzorku byly adoptovány. Žádná dívka nebyla sirotek vyrůstající mimo rodinu. Z 15-ti dívek, které vyrůstaly v neúplné rodině byla 1 dívka vychovávána prarodiči a dvě dívky blízkými příbuznými, ale kontakt s jedním z rodičů, nejčastěji s matkou udržovaly.

Srovnání obou výzkumů:

Rodina	Výzkum 1 (%)	Výzkum 2 (%)
Úplná	35,0	22,7
Neúplná	57,5	68,2
Chybějící	7,5	9,1

Ve druhém vzorku je více dívek z neúplných rodin. Počet dívek, které vyrostaly mimo rodinu i náhradní je přibližně stejný



7. 2 VÝSLEDKY POZOROVÁNÍ

Od prosince 2007, kdy bylo nové oddělení ve výchovném ústavu otevřeno jsem zde příležitostně pracovala jako vychovatelka a asistentka pedagoga. Pracovala jsem v obou výchovných skupinách. Dívky na skupině EPCHO jsou ubytovány v ložnicích po dvou. Ložnice jsou opatřeny nerozbitnými výplněmi oken, všechen nábytek je ukotven, dveře jsou kovové zabezpečené proti vylomení. Ovládání zásuvek i světel je centrální z vychovatelny. Dívky mají k dispozici učebnu se šesti PC připojenými k internetu, neboť jsou vzdělávány odděleně od ostatních dívek v ústavu. U dívek je vždy přítomen vychovatel v doprovodu asistenta pedagoga. Pokud je zde umístěna dívka s uloženou ochrannou výchovou, je v provozu kamerový systém. Veškeré hygienické zařízení je v provedení nerez. Oddělení pro dívky s uloženou ochrannou výchovou je zřízeno jako bytová jednotka včetně kuchyňky. Vnější okna jsou opatřeny nerozbitnou výplní a celý prostor je monitorován. U dívek slouží jeden vychovatel. Obě výchovné skupiny mají k dispozici společnou hernu a dle časového plánu mohou vyžívat ostatní zařízení ústavu, posilovnu, keramickou a výtvarnou dílnu. O zařazení dívky do skupiny EPCHO rozhoduje etoped na základě doporučení diagnostického ústavu a dle návrhu psychologa, revizi umístění provádí po konzultaci s vychovatelem vždy v pondělí. Do skupiny OV jsou zařazovány dívky automaticky pokud mají soudem uloženou ochrannou výchovu. Se skupinou maximálně šesti dívek pracuje vždy jeden vychovatel v době od 13,00 do 22,00 hodin, u skupiny EPCHO je vždy doprovázen jedním asistentem pedagoga. Od 22,00 do 8,00 hodin jsou v oddělení 2 asistenti pedagoga – noční služba. V dopoledních hodinách dívky navštěvují společně třídu na skupině EPCHO, kde jsou vzdělávány podle individuálních vzdělávacích plánů. Odbornou garanci zajišťuje psycholog. .

Po dobu kdy jsem pracovala převážně na pozici vychovatele bylo mým úkolem vytvářet vhodný program pro dívky ve svěřené skupině a tento program realizovat. Program je vždy přizpůsoben fyzickým a psychickým dispozicím dívek. Vedle režimových činností – hygiena, strava, úklidy a příprava do školy je program rozdělen do tří základních bloků.

Zájmová činnost: sport - volejbal, bowling, aquagymnastika, turistika, cykloturistika,

posilovna, stolní tenis

výtvarná a hudební činnost

kroužek počítačů

Terapie: kalanetika

individuální a skupinová terapie

ergoterapie

Relaxace: individuální volno supervidované vychovatelem na zařízení
skupinové i a výjimečně i individuální vycházky
návštěva kulturních pořadů a památek
organizované soutěže a hry

Své pozorování jsem zaměřila především na projevy agrese, vzájemnou interakci dívek, útky dívek ze zařízení a užívání návykových látek. Tématicky jsem výsledky pozorování rozdělila do tří okruhů.

- a) projevy dívek při plnění povinností
- b) chování při zájmových a relaxačních činnostech
- c) chování dívek v době osobní volna na zařízení i při vycházkách

V době kdy dívky plnily povinnosti, úklidy, praní a žehlení prádla, výuka, příprava na vyučování, jsem zaznamenala ve sledovaném období několik agresivních projevů, nejčastěji verbální agrese. Dívky se odmítaly podřídit příkazům. Často šlo o dívky silně závislé na nikotinu, takže jedinou motivací pro vykonání uložených prací byl příslib krátké vycházky, kterou dívky zneužívaly ke kouření. jednou došlo při úklidu osobních věcí ke rvačce mezi dívky, které se navzájem obviňovaly z krádeže oblečení.

Zapojení dívek do zájmových činností je značně náročné. I zde byl motivací pro dívky příslib krátké společné vycházky. Přesto, že si plán činnosti na týden tvoří sami, často měly nechuť se i do atraktivní činnosti zapojovat. Největší vliv na rezignaci měl často předchozí telefonický nebo písemný kontakt s matkou. Dvakrát jsem zaznamenala spontánní útěk ze společné vycházky přesto, že dívky byly doprovázeny dvěma pedagogy. Společné vycházky nejčastěji dívky vyžadují do města, kde sbírají nedopalky cigaret. Jednou došlo při společné vycházce k odcizení věcí v obchodě s následným útekem dívek.

V době osobního volna v ústavu dívky nejčastěji sledovaly televizi nebo trávily čas na internetu. Vzájemně spolu příliš nekomunikovaly. Dívky, které výrazně zlepšily své chování mohou krátkodobě opustit ústav. Z těchto vycházek se dívky většinou vrátily včas a v pořádku. Celkem za období prosinec 2007 až březen 2009 ústav evidoval v těchto dvou výchovných skupinách 12 úteků, všechny z pobytu dívek mimo zařízení.

Ve srovnání s předešlým výzkumem jsem zaznamenala výrazně méně fyzické agrese, v oblasti zneužívání návykových látek, pouze dva případy požití alkoholu na individuální

vycházce a minimum útěků. Je to opět dáno specifickými podmínkami oddělení EPCHO a OV, které již s klientelou s takovými projevy počítá. Konkrétně výchovná skupina EPCHO je zabezpečena tak, aby ji dívka nemohla opustit. Za celou dobu mé práce na této skupině nedošlo k poškození majetku a i z evidence ústavu jsem se o takovém případě nedověděla. Vzhledem k tomu, že i dívky těchto dvou výchovných skupin mají právo při plnění svých povinností pobývat mimo ústav formou společných vycházek a při výrazně kladném hodnocení i na vycházky individuální, dochází k útěkům právě z těchto akcí.

7.3 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dotazník, který jsem zpracovala jsem předložila k vyplnění všem 11 dívkám, které byly přítomny po dobu mé práce v zařízení. Některým dívkám jsem při vyplňování dotazníku musela průběžně otázky vysvětlovat, neboť jim nerozuměly. Tři dívky dotazník vyplňovaly postupně, neboť je vyplňování vyčerpalo a usnuly. Dívky vyplňovaly dotazník samostatně, vyplňování jsem byla osobně přítomna. Výsledky uvádím za oba výzkumy v jedné tabulce.

Věk

Věk	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
15	3	12,5	0	0,0
16	8	33,3	4	36,4
17	11	45,8	7	63,6
18	2	8,3	0	0,0

Nejpočetněji je zastoupena věková skupina dívek u obou vzorků je ve věku 16 a 17 let. Ve výzkumu 1 to bylo 79,1%, ve výzkumu 2 s v tomto pásmu nacházely všechny dívky.

Bydlíš s rodiči?

Oba rodiče	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
Ano s oběma	8	33,3	3	21,3
S jedním rodičem	12	50,0	7	63,6
Mimo rodinu	4	16,7	1	9,1

Ve srovnání s první skupinou respondentů sledujeme téměř poloviční procentní nárůst dívek z neúplných rodin. Jedna dívka vyrůstala u tety se strýcem. Šlo o dívku s trestnou činností, která přesto s touto rodinou udržovala kontakt a navštěvovala ji o dovolenkách.

Jak hodnotíš finanční situaci své rodiny?

Finanční situace	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
Dobrá	8	33,3	3	21,3
Špatná	12	50,0	8	72,7
Nevím	4	16,7	0	0,0

Za špatnou považuje finanční situaci své rodiny ve druhé skupině 72,7 % dívek oproti polovině z prvního vzorku. Jako dobrou ji vidí tři dívky, tedy necelá čtvrtina, oproti třetině dívek z výzkumu 1. Všechny dívky dokázaly vyhodnotit situaci ve své rodině, ve výzkumu 1 odpovědět nedokázaly 4 dívky, které nevyrostaly v rodině. Ze tří dívek, které vyrůstaly v úplné rodině pouze jedna uvedla, že jejich situace je dobrá, druhou byla dívka vyrůstající mimo rodinu u tety se strýcem a třetí dívka vyrůstala otcem a jeho novou manželkou. Při dalším dotazování šest dívek uvedlo, že bydlí s mnoha příbuznými v chudinských čtvrtích Ostravy, Brna apod. a je nucena širokou rodinou ke krádežím. Dvě dívky tento způsob život zcela přijaly za svůj a obhajovaly ho.

Kouříš?

Kouření	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
Ano	22	91,7	11	100,0
Ne	2	8,3	0	0,0

Všechny dívky ve výzkumu 2 kouřily z toho tři dívky byly těhotné. Ty uvedly, že kouření částečně omezily. Ve výzkumu 1 se objevily 2 nekuřačky, jednalo se o dívky těžce postižené.

Piješ alkohol?

Alkohol	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
Ano	5	20,8	2	18,2
Ne	4	16,7	0	0,0
Občas	15	62,5	9	81,8

Dívky jsem poučila, že za alkohol považují i pivo. Pravidelné pití alkoholu uvedly ve výzkumu 2 dvě dívky tj. 18,2 %, v tomto případě šlo o dívky závislé, ve výzkumu 1 bylo závislých pět dívek – 20,8 %. Zde jsou výsledky srovnatelné. Rozdíly jsou v abstinenci, kdy jsem ve výzkumu 1 zachytila čtyři dívky, které nepijí alkoholické nápoje, proti tomu ve

výzkumu 2 neabstinovala žádná dívka. Ve výzkumu 1 téměř dvě třetiny dívek – 62,5 % uvedly, že občas pijí alkohol, ve výzkumu 2 tomto uvedlo 81,8 % dívek, dále většina dodala, že pije vždy, když to jde, ale nešlo ještě hovořit o závislosti.

Co považuješ za návykovou látku?

Co je droga	Výzkum 1		Výzkum 2	
	Počet	%	počet	%
Cigareta	2	8,3	2	18,2
Alkohol	4	16,7	9	81,8
Marihuana	21	87,5	11	100,0
Toluen, ředidlo	24	100,0	11	100,0
Pervitin	24	100,0	11	100,0
Heroin	24	100,0	11	100,0
Jiné (uved')	16	66,7	11	100,0

V této otázce jsem zjišťovala, jak dívky vnímají rizikovost všech návykových látek. Tedy i návykových látek společensky akceptovaných (alkohol, nikotin). Dívky jsem poučila, že za návykovou látku považujeme každou látku, která škodí zdraví a vede ke vzniku závislosti. Otázku jsem zařadila úmyslně před tím, než jsem se dotazovala na zkušenosti s drogou, chápanou v užším slova smyslu jako nealkoholovou psychotropní látku. Dívky měly vedle předem daných odpovědí možnost vlastní odpovědi. Toho využily ve výzkumu 1 dvě třetiny dívek a uvedly léky (15) a hašiš (11). Extázi, LSD a lysohlávku (8). Kokain uvedlo šest dívek. Ve druhém výzkumu rozšířilo svou odpověď všech 11 dívek s tím, že za drogu považují kokain, LSD, hašiš (11), lysohlávku (6), durman (5), léky (4), uvedly rovněž hraní na automatech. Dívky z výzkumu 2 byly na drogové scéně lépe orientované. Za drogu nepovažuje v obou výzkumech většina dívek nikotin (do návykových látek ji zařadily shodně dvě dívky). Ve výzkumu 2 alkohol za návykovou látku považuje výrazně více dívek. Marihuanu považovaly za drogu všechny dívky ze druhého vzorku, šlo však pouze o informaci z médií, neboť její neškodné užívání často obhajovaly.

Zkusila jsi někdy drogu?

Zkušenost s drogou	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet	%	počet	%
Ano	16	66,7	11	100,0
Ne	8	33,3	0	0,0

Dívkám jsem vysvětlila, co považuji v tomto případě za drogu. Jedná se o nealkoholovou psychotropní látku. V této otázce jsem nezjišťovala frekvenci užívání drog, ani míru závislosti. Všechny dívky z výzkumu 2 nějakou drogu zkusily, ve výzkumu 1 šlo o dvě třetiny dívek.

Od koho jsi drogu získala?

Získání drogy	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet(16)	%	počet	%
Kamarádi	9	56,25	10	90,9
Příbuzní	3	18,75	0	0,0
Sama	2	12,5	1	9,1
Jinde (uveď)	2	12,5	0	0,0

Ve výzkumu 1 na tuto otázku odpovídalo pouze 16 dívek, které uvedly, že již mají zkušenosti s drogou. Více než polovina dívek – 56,25 %, uvedla, že drogu dostaly od kamarádů. 3 dívky ji dostali od příbuzných a 2 dívky si drogu obstaraly samy. Dvě dívky využily možnosti vlastní odpovědi. Obě uvedly, že drogu dostaly od svého „pasáka“. Ve výzkumu 2 téměř všechny dívky uvedly, že ke drogám přišly v partě. Pouze jedna dívka si drogu obstarala sama.

Užíváš drogy pravidelně?

Výsledky odpovědí na tuto otázku uvádím za každý výzkum odděleně, srovnání provádím až na závěr. Dívky jsem poučila, že za pravidelné užívání drog považuji i tzv. víkendové užívání. Otázku jsem vyhodnotila zvlášť pro skupinu dívek, které uvedly, že vyrůstaly v úplné rodině a pro skupinu, které vyrůstala v rodině neúplné nebo mimo rodinu.

Výzkum 1

Užívání drog	Úplná rodina (8)	%	Neúplná, chybějící (16)	%
Ano	5	62,5	4	25,0
Ne	3	37,5	12	75,0

Z devíti dívek, které jsou mají problémy s užívání drog jich pět pochází z úplných rodin a v této skupině tvoří téměř dvě třetiny – 62,5 %. Ve skupině dívek závislých pak tvoří 55,6 %. Tři čtvrtiny dívek, které drogy neužívají pravidelně pochází z rodin neúplných nebo je bez rodin.

Výzkum 2

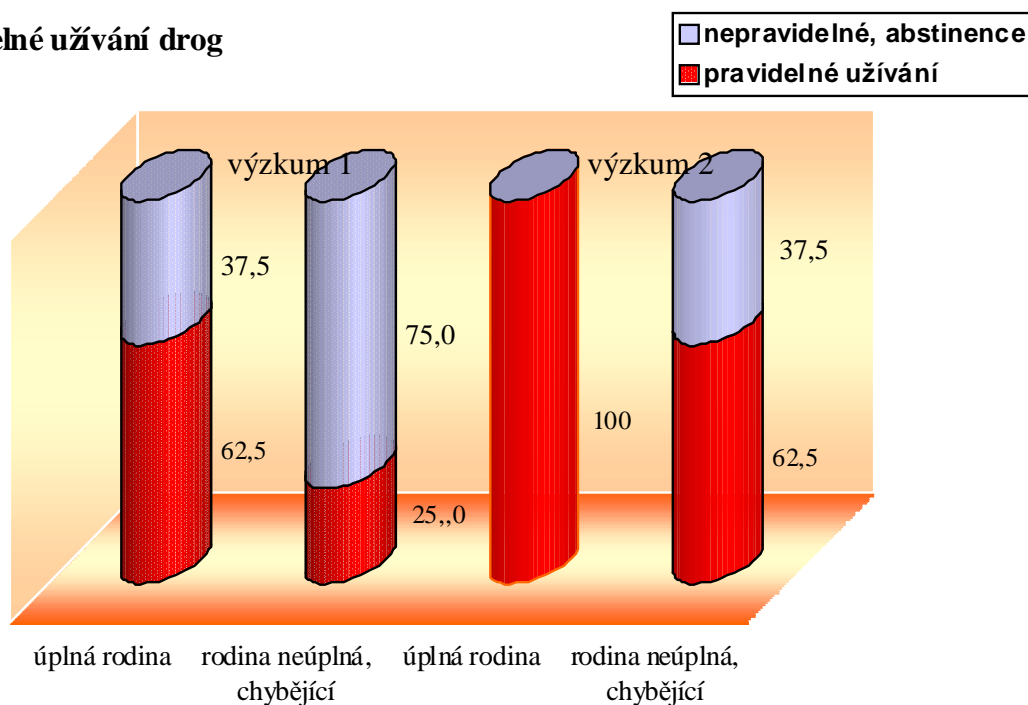
Užívání drog	Úplná rodina (3)	%	Neúplná, chybějící (8)	%
Ano	3	100,0	5	62,5
Ne	0	0,0	3	37,5

Z osmi dívek, které jsou mají problémy s užívání drog 3 pochází z úplných rodin a v této skupině jsou to všechny dívky. Ve skupině dívek závislých pak tvoří třetinu. Dívky které uvedly, že neužívají drogy pravidelně pocházejí z neúplných rodin. Z těchto tří dívek však dvě uvádějí problémy s alkoholem a pouze jedna dívka neužívá žádnou omamnou látku. Jedná se o dívku, která byla v době mého šetření týden po porodu, její sociální pracovnice jí nechala dítě ještě v porodnici odebrat právě pro užívání marihuany, takže dívka v dotazníku lhala, neboť usilovala o zpět navrácení dítěte. Dívka v zápětí po mém šetření z ústavu utekla z lékařské ordinace.

Srovnání obou výzkumů:

Dívek, které pravidelně užívají drogy jsou druhém vzorku téměř tři čtvrtiny. Rodinné zázemí zde viditelně nehraje roli. Grafické srovnání obou šetření uvádím dále.

pravidelné užívání drog



Chceš s drogou přestat?

Abstinence	Výzkum 1		Výzkum 2	
	počet(9)	%	počet(8)	%
Ano, hned	2	22,2	3	37,5
Ano, ale déle	3	33,3	3	37,5
Zatím ne	2	22,2	1	12,5
Ne	2	22,2	1	12,5

Na tuto otázku odpovídalo ve výzkumu 1 pouze devět dívek, které uvedly závislost na drogách. Motivovány pro léčbu byly pouze dvě dívky. Tři dívky by se chtěly v budoucnu závislosti zbavit. Čtyři dívky o abstinenci zatím neuvažují nebo ji vylučují. Ve výzkumu 2 odpovídalo osm dívek závislých na drogách. Ze tří dívek, které by chtěly s drogou přestat byly dvě dívky těhotné (šestý a sedmý měsíc gravidity), jedna dívka byla ohrožena na životě užíváním heroinu. Dívka, která uvedla, že nechce s drogou přestat byla v devátém měsíci gravidity a vzápětí utekla z gynekologického vyšetření. Pro léčbu závislosti byla pravděpodobně motivována pouze jedna dívka ohrožená na životě.

8. VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ

Předpokládám, že dívky zařazené v oddělní s výchovnou skupinou (VS) pro extrémní poruchy chování (EPCHO) a VS pro dívky s uloženou ochrannou výchovou (OV) mají častěji problém s agresivitou ve spojení jak s psychickou poruchou, tak s užíváním návykových látek.

Hypotéza se na základě výsledků zpracovaných údajů z osobních spisů dívek a jiných materiálů vedených ústavem k dívkám potvrdila. Ve výzkumu 1 byla téměř polovina dívek, která neměla problémy s agresivitou. Ve výzkumu 2 lze o agresivitě hovořit u všech dívek. Rozdíl je v agresivitě verbální, zde v prvním výzkumu jde pouze o každou pátou dívku ve výzkumu 2 o každou druhou. Opačný poměr je u agresivity fyzické vůči majetku. Ze statistických údajů vyplývá, že počet dívek, které nebyly hospitalizovány v psychiatrické léčebně je ve druhém vzorku poloviční. U častých hospitalizací, tedy více než tři, je nárůst trojnásobný. V průběhu pobytu v ústavu je ve druhém výzkumu počet hospitalizací minimální, což jasně dokazuje oprávněnost vybudování takto specializovaného zařízení, které umí problémy s agresivitou dívek řešit vlastními prostředky. Na drogovou závislost se léčilo 22,5 % dívek z tohoto vzorku. Vzhledem k tomu, že polovina dívek z výzkumu 2 byla již hospitalizována pro problémy s užíváním návykových látek a často jde o dívky, které užívají pervitin a heroin je často agresivita ovlivněna právě drogou. Uzavřenost a přísná pravidla oddělení neumožňují dívkám drogu během pobytu v zařízení získávat, takže agresivita postupně klesá.

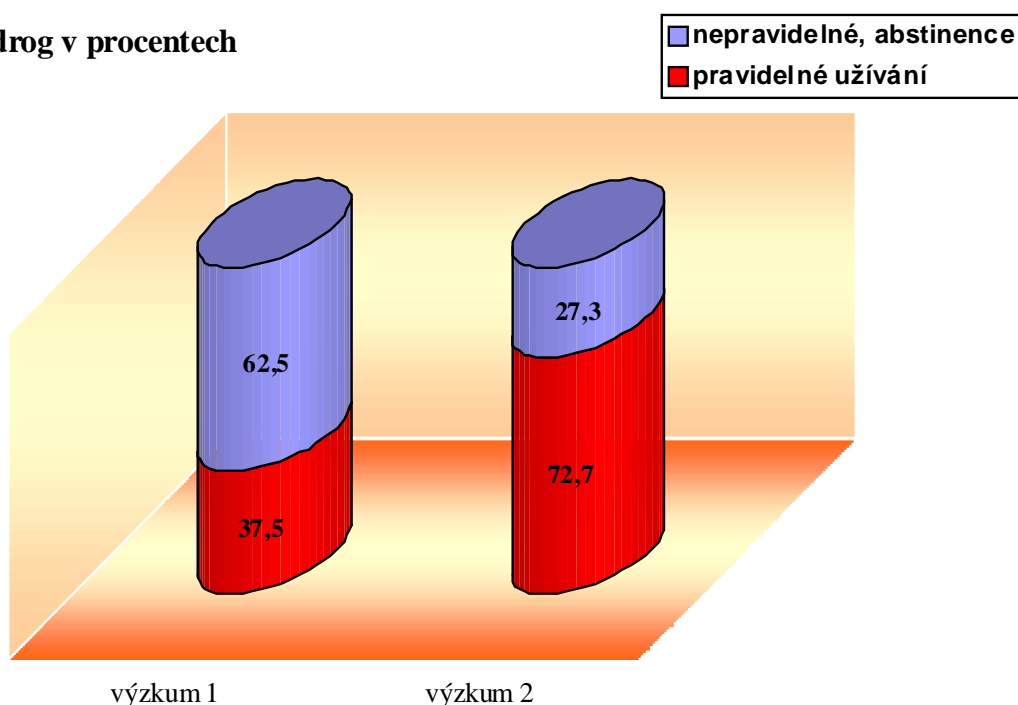
Mé vlastní pozorování sice nárůst fyzické agrese při pobytu v ústavu nepotvrdilo, ale oddělení těchto dvou výchovných skupin je na zvládnutí agresivity připraveno materiálně, personálně i metodicky. Vychovatelé jsou již dva roky na tyto situace školeni odborníky ze všech oblastí. Například PhDr. Hubálek, MUDr. Holý a Doc. Kožnar. Toto školení jsem měla možnost sama absolvovat. U verbální agrese jsem při pozorování u druhého výzkumu zaznamenala větší vulgaritu. U jedné dívky, která byla těhotná a pozitivní na hepatitidu typu c jsem se setkala s ojedinělou fyzickou agresí vůči kolegovi, který byl dívkou při zásahu zraněn.

Domnívám se, že v oddělení EPCHO a OV je výraznější zastoupení dívek, které vykazují různý stupeň závislosti na návykových látkách.

Tato hypotéza se rovněž potvrdila. Ze statistických údajů vyplývá, že na drogovou závislost se v případě výzkumu 1 léčilo 22,5 % dívek u výzkumu 2 je to každá druhá dívka. Užívání návykových látek evidoval ústav u první vzorku u dvou třetin dívek, v novém šetření u více než 80-ti procent dívek. Rozdíl byl v tom, že dívky na oddělení EPCHO a OV se k drogám dostanou pouze na útěku, protože samostatné vycházky jsou na tomto oddělení výjimkou a společné vycházky jsou realizovány za většího počtu doprovázejících pedagogů.

Výsledky dotazníkového šetření u prvního výzkumu ukazují, že z 24 přítomných dívek v lednu a únoru 2007 bylo devět dívek na drogách závislých, tedy každá třetí dívka. Výzkum 2 v dotazníkovém šetření potvrdil závislost u osmi dívek z jedenácti, což je téměř tři čtvrtiny přítomných (72,7 %). Porovnání obou vzorků uvádím pro přehlednost v grafu.

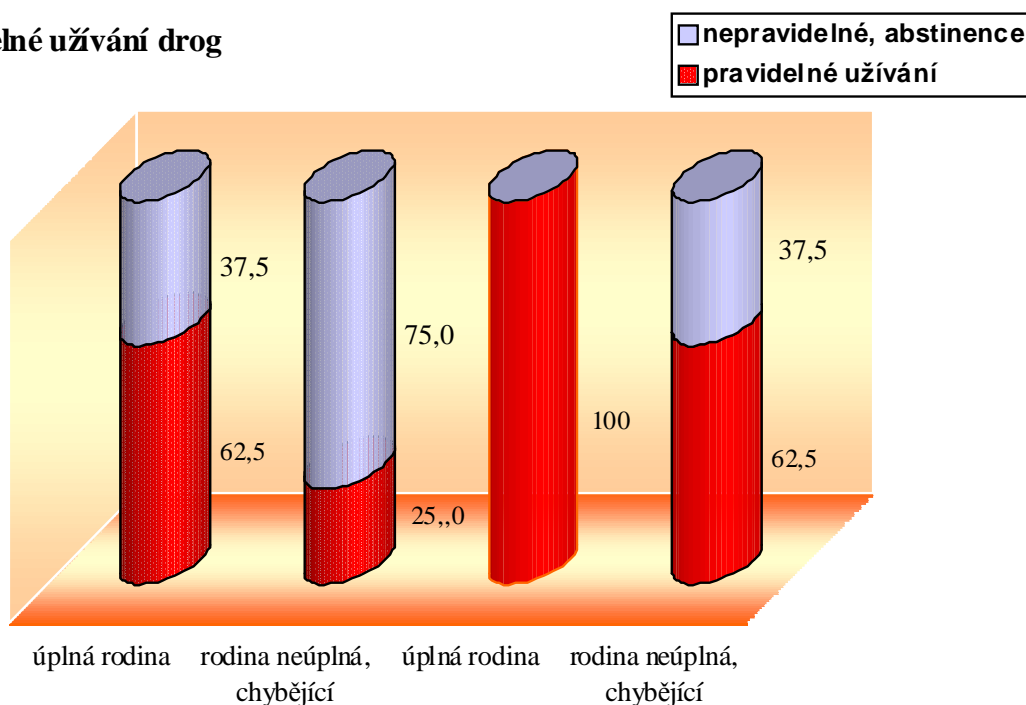
uživatelé drog v procentech



Myslím si, že dívky v oddělení EPCHO a OV s drogovou historií pocházejí méně často z úplných rodin ekonomicky saturovaných

Tuto hypotézu jsem ověřovala dotazníkovým šetřením u dívek, které byly přítomny v zařízení v období leden – únor 2007 v případě výzkumu 1. Celkem se jednalo o 24 respondentů. Osm dívek uvedlo, že pochází z úplných rodin, rovněž osm dívek z toho sedm z úplných rodin uvedlo, že ekonomická situace jejich rodin je dobrá. Při zjišťování závislosti na psychotropních látkách se z této skupiny pět dívek přiznalo k problematickému užívání návykových látek. Z celkového počtu (9) dívek, které uvedly závislost, tak dívky z rodin úplných nebo ekonomicky zabezpečených tvořily 55,6 %. Dotazník u výzkumu 2 vyplňovali dívky v březnu 2009, přítomno bylo 11 dívek. Tři dívky byly z úplných rodin, z toho pouze jedna hodnotila finanční situaci své rodiny jako dobrou. Celkem hodnotily jako dobrou finanční situaci rodiny, ve které žijí tři dívky. Tato hypotéza se nepotvrdila. Ukazuje se, že u dívek, které jsou zařazeny do oddělení specializovaného mimo jiné na klientelu drogově závislých nehraje rodinné zázemí ani finanční situace rodiny roli. Na dokreslení svého závěru opakuji graf uvedený v dotazníkové části.

pravidelné užívání drog



9. ZÁVĚRY PRAKTICKÉ ČÁSTI

Tématem bakalářské práce je „PROBLEMATIKA ÚSTAVNÍ PÉČE O DÍVKY SE ZVÝŠENÝMI PORUCHAMI CHOVÁNÍ“. Výzkum jsem prováděla ve výchovném ústavu, střední škole a školní jídelně Jindřichův Hradec ve dvou etapách. Pro účely této práce jsem zpracovala údaje, které vede ústav k jednotlivým dívkám za období září 2003 až prosinec 2006 a od vzniku nového oddělení v období prosinec 2007 až březen 2009. Zaznamenala jsem pozorování ze své práce v období leden až únor 2007 a březen 2009. Dívkám, které byly během obou šetření přítomny na ústavu jsem předložila k vyplnění dotazník, který jsem sestavila tak aby doplnil a ověřil výsledky získané statistickým zpracováním dat..

Z předchozí praxe získané za dobu pěti let, kdy v ústavu v Jindřichově Hradci na dohodu pracuji, ale i z návštěv jiných zařízení pro výkon ústavní výchovy (DDŠ a VÚ Místo, VÚ DDŠ Chrastava, DDŠ a VÚ Boletce – oddělení EPCHO aj.) jsem si uvědomila, že v těchto zařízeních je velký problém s agresivitou dětí. Zaměstnanci těchto zařízení se potýkají také s narůstající drogovou závislostí a problémem její léčby. Drogy se stávají pro děti stále přístupnější a výrazně vzrůstá i počet uživatelů pervitinu a heroínu. Na ústavy se ve větší míře obracejí zoufalí rodiče, kteří mají problémy s užíváním návykových látek u svých dětí. Z praxe jsem poznala řadu dívek z rodin, které byly nadstandardně ekonomicky saturovány a byla jim soudem nařízena ústavní výchova pro drogovou závislost. Setkala jsem se dívkou, která byla vynikající atletkou a měla ambice reprezentovat naši zemi, ale ukončila kariéru závislostí na užívání drog a byla umístěna do výchovného ústavu.

Velkým problémem je rovněž narůstající počet dětí, které vyžadují soustavnou psychiatrickou péči, ale pro svou agresivitu jsou léčebnami opakovaně odmítány a jejich projevy jsou vždy označovány za výchovné.

Na základě těchto skutečností vzniklo v Jindřichově Hradci v ústavu s výchovně léčebným režimem vysoce specializované oddělení, které by mělo ostatním ústavům pečujícím o dívky jejich práci částečně ulehčit. Vznik výchovné skupiny pro dívky s uloženou ochrannou výchovou byl dán zákonem č. 109/2002 Sb.

Existence nového zařízení, jejíž výstavbu a tvorbu koncepce jsem měla možnost průběžně sledovat, mě vedla k formulaci tří hypotéz. Pokusila jsem se zjistit, jak statisticky významně odlišná je klientela tohoto nového pracoviště v porovnání s dívkami, které jsem v roce 2007 zkoumala. Jak se zvýšilo množství dívek hospitalizovaných s psychiatrickou diagnózou, pro svou agresivitu a dívek drogově závislých. Jak často se v novém oddělení

setkávají s agresí a také zda si s ní umí poradit. Jak významné je množství dětí drogově závislých, které jsou umístěny v tomto oddělení a zajímalo mě, zda dívky drogově závislé, umístěné do tohoto oddělení pocházejí z odlišného sociálního prostředí. Předpokládala jsem, že se potvrdí nárůst závislých uživatelů, zvýšení agresivity klientů a v neposlední řadě fakt, že počet uživatelů návykových látek je přímo úměrný počtu funkčních a ekonomicky zabezpečených rodin. První dvě hypotézy se potvrdily, hypotéza zkoumající sociální prostředí a ekonomický statut rodiny se nepotvrdila .

Často diskutovaným problémem celé společnosti je trávení volného času dětí. Dívky ve výchovném ústavu mají velice pestrou nabídku zájmových činností. K účasti na různých akcích jsou vždy vychovateli a ostatními pedagogickými pracovníky citlivě motivovány. Přesto jsem v rámci svého působení v ústavu zjistila, že dívky o atraktivní činnosti často nejeví zájem. Jejich snaha je upřena většinou na možnost si zakouřit a pravidelné kouření se také potvrdilo v dotazníku, kdy za nekuřačky se označily v případě prvního šetření pouze dvě dívky, ve druhém případě se nekuřačka neobjevila. Zkušenost s alkoholem mělo v prvním šetření 80% dívek ve druhém výzkumu zkusily alkohol všechny dívky. Dotkla jsem se i toho, zda dívky mají zkušenosti s drogou, kladně odpověděly ve výzkumu 1 dvě třetiny dotázaných, ve výzkumu 2 všechny dívky. Přitom za drogu nepovažuje alkohol a nikotin drtivá většina dívek v obou případech.

ZÁVĚR

Závěrem mé práce bych se chtěla zamyslet nad otázkou další perspektivy zařízení pro výkon ústavní výchovy. Ze studia materiálů a z povídání lidí, kteří v této oblasti pracují již dlouhá léta, jsem zjistila, že se klientela ústavů značně změnila. Ústavy často pečovaly o děti z výrazně sociálně slabých rodin, o děti týrané a zanedbané. V současné době se klientela diferencovala do několika základních skupin.

Jednu skupinu tvoří děti výchovně zanedbané, bez postižení, na které lze vhodně působit. Tyto děti získají v ústavu kvalitní vzdělání a jsou schopny se zařadit do života.

Druhou skupinu tvoří děti s výraznými poruchami chování, agresivní bez citových vazeb. Již v dětství se dopouštějí trestné činnosti. Identifikují se s kriminálním prostředím, často utíkají ze zařízení a jejich převýchova selhává. Často je jim uložena ochranná výchova, mnohdy jsou umísťovány již v průběhu ústavní péče opakovaně do vazby.

Třetí významnou skupinou jsou děti s různým typem psychického postižení, které vyžadují velice náročný individuální přístup. Při porušení klidného a přátelského vedení se projevují agresivními raptý, demolují interiér, ohrožují sebe a své okolí, mají sklony k sebepoškozování. Jsou velice vnímavé na změny. Tyto děti jsou schopny při odborném vedení získat alespoň střední vzdělání v praktické škole. Jejich začlenění do společnosti je problematické, většinou se cítí jejich rodiny ohroženy a odmítají je po skončení ústavního pobytu přijmout.

Poslední významnou skupinou jsou dívky drogově závislé. Jejich nárůst je v posledních letech strmý. Pocházejí často z úplných, dobře ekonomicky situovaných rodin. Jedná se o dívky, které původně navštěvovaly střední školu. Rodiče se dlouhodobě snažily přivést dívky k abstinenci, tyto dívky prodělaly před uložením ústavní výchovy opakovaně detoxikační i ústavní léčbu. Jejich pobyt v zařízení je často provázen agresivitou pocházející z nucené abstinence, často však promyšlenou agresivní snahou opustit zařízení. Po ztrátě profesní kariéry (vždy jsou vyloučeny z původní školy) a opakovaném selhání protidrogové léčby nemají motivaci k žádné činnosti. Práce s nimi je náročná, neboť adaptační fáze na podmínky ústavní výchovy je u nich často několik měsíců. Problémem je jejich vysoký věk, většinou jsou starší sedmnácti let a mají již vybudované pevné vazby na drogové scéně. Vůči režimu ústavu jsou negativně zaměřené a vůči terapeutickému působení rezistentní. Léčebnami jsou opakovaně vraceny zpět do ústavu pro porušování léčebného režimu.

Na tyto skutečnosti reagovala ústavní výchova zřízením několika specializovaných zařízení. Výchovné ústavy, včetně dětských domovů se školou se postupně výrazně diferencují tak, aby byly schopny klientům poskytovat odbornou péči. Na základě této myšlenky vznikl v Jindřichově Hradci ústav s výchovně léčebným režimem, který s v roce 2007 rozšířil o oddělení s výchovnou skupinou pro dívky s uloženou ochrannou výchovou a pro dívky s výraznými poruchami chování. U značné části klientů se ukazuje, že prioritou již nemůže být kvalitní profesní příprava, ale pomáhající odborný přístup. Kompenzace poruch osobnosti a vysoce odborný individuální přístup. Je potřeba, aby došlo k vyšší prostupnosti ústavů včetně sítě dětských domovů a klienti zde byly zařazováni na základě svých individuálních potřeb. Po kompenzaci poruch pak nezůstávali ve specializovaných výchovných ústavech, ale mohli se zpět vrátit do kmenového zařízení.

Hlavní úsilí při převýchově a kompenzaci poruch by mělo směřovat k navrácení dítěte do původní rodiny, pokud došlo k nápravě poměrů v rodině. Současná praxe, kdy ústavní výchova je ukončena nejčastěji až dovršením osmnácti let je pro začlenění klienta do života nevhodná.

SEZNAM LITERATURY

Odborná literatura

1. Defektologický slovník. 2. vydání. Praha: SPN. 1984, 113s.
2. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Avicenum Grada, 1995. 15s. ISBN 80-7169-192-5
3. JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J., NĚMEC, J., PILAŘ, J. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. Praha: Themis, 2004. ISBN 80-7312-038-0
4. JEDLIČKA, R., KOŤA, J. Aktuální problémy výchovy: Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-555-8
5. KALINA, K. Jak žít s psychózou? Praha: Avicenum, 1987. ISBN 80-7178-563-6
6. KLÍMA, P.; KLÍMA, J. *Základy etopedie : Uvedení do etopedie, nárys vývoje a organizace péče*. 2. vyd. Praha : SPN, 1984.
7. KOUDELKOVÁ, A. *Psychologické otázky delikvence*. Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-022-6
8. KRAUS, B. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2
9. KROFTOVÁ, A., MATOUŠEK, O. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2003. 37.s. ISBN 80-7178-771-X
10. KUJA, J. *Základy etopedické terminologie*. Olomouc : Univerzita Palackého. 1989,
11. LANGMAYER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicentrum, 1974.
12. MAREŠOVÁ, A. *Pachatelé trestních činů: K problematice jejich osobnosti a vybraných typologií*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 1994.
13. MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992. ISBN 80-04-25236-2
14. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-85282-83-6
15. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-901424-7-8
16. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1995. 141 s. ISBN 80-85850-08-7
17. MATOUŠEK, O.; HALÍK, T., aj. *Práce s rizikovou mládeží: projekt LATA a další alternativy věznění mládeže*. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-064-2
18. NAKONEČNÝ, M. *Pedagogicko-psychologické pozorování a hodnocení svěřenců v dětských výchovných zařízeních*. České Budějovice: Pedagogický ústav ČB, 1988

19. ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4
20. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 135s. ISBN 978-80-247-1733-3
21. TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-503-2
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9
23. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8
24. VOCILKA, M. *Vybrané statě z etopedie*. Most: Regionální středisko výchovy a vzdělávání, 1994.

Legislativa

25. Novela z.č. 109/2002 Sb., z.č.274/2008 sb., zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o Policii České republiky - § 40a)
26. Vyhláška, kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních č. 438, Praha: Sbírka zákonů, 2006.
27. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359, Sbírka zákonů, Praha 1999.
28. Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů č 109. Praha: Sbírka zákonů, 2002.

Internetové zdroje

29. <http://www.portal.cz/scripts/detail.php?id=4150>

PŘÍLOHY

- Příloha č.1:** Vzor nevyplněného dotazníku
- Příloha č.2:** Vzor vyplněného dotazníku
- Příloha č.3:** Fotografie výchovné skupiny EPCHO
- Příloha č.4:** Metodický koncept zařízení
- Příloha č.5:** Individuální výchovně-vzdělávací plán
- Příloha č.6:** Organizační schéma ústavu