

Univerzita Palackého v Olomouci

Filosofická fakulta

Katedra psychologie

**INDIKOVANÁ PREVENCE A VČASNÁ INTERVENCE
U KLIENTŮ SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY
PRO RODINY S DĚTMI**



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Barbora Zemanová
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Olomouc

2016

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce. Děkuji za všechny udělené rady při konzultacích a výpomoc v počátečních fázích výzkumu i následně při analýze dat.

V neposlední řadě patří mé poděkování zaměstnancům Rodinného centra U Mloka a vedení spolku P-centrum v Olomouci za možnost provedení výzkumu a za ochotnou spolupráci při jeho realizaci.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma *Indikovaná prevence a včasná intervence u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Obsah

1	Úvod	5
2	Sociálně ohrožené rodiny	6
3	Poskytovatelé sociálních služeb zaměřených na děti, mládež a rodiny v Olomouci	8
	3.1 Co je sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi	8
	3.2 Konkrétní poskytovatelé sociálně aktivizačních služeb v Olomouci.....	10
	3.3 P-centrum.....	10
	3.3.1 Rodinné centrum U Mloka (RCUM) a Mediační centrum	11
4	Prevence	15
	4.1 Druhy prevence	15
	4.1.1 Nespecifická primární prevence	15
	4.1.2 Specifická primární prevence.....	16
	4.1.3 Všeobecná primární prevence	16
	4.1.4 Selektivní primární prevence	16
	4.2 Indikovaná prevence	17
	4.2.1 Klasifikace prevence dle EMCDDA	19
5	Vybrané poruchy psychického vývoje v dětském a dorostovém věku.....	22
	5.1 Specifické poruchy chování a učení.....	22
	5.1.1 Specifické poruchy chování	22
	5.1.2 Specifické poruchy učení	24
	5.1.3 Školní zralost.....	25
	5.2 Trauma u dětí	25
6	Děti a rodiny ohrožené prostředím	28
	6.1 Syndrom CAN	28
	6.1.1 Týrání dítěte	29
	6.1.2 Zneužívání dítěte	29
	6.1.3 Zanedbávání dítěte.....	30
	6.1.4 Statistiky týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí.....	30
	6.2 Psychická deprivace	32
	6.3 Domácí násilí	32
	6.3.1 Domácí násilí v Olomouckém kraji.....	33

7	Děti v náhradní rodinné péči nebo v ústavní a ochranné výchově	34
	7.1 Náhradní rodinná péče.....	34
	7.1.1 Pěstounská péče.....	35
	7.2 Ústavní a ochranná výchova	36
	7.2.1 Ochranná výchova	36
	7.2.2 Ústavní výchova	37
	7.2.3 Rozdíly mezi ochrannou a ústavní výchovou	37
	7.2.4 Ochranná a ústavní výchova v číslech ve světě	38
8	Rizikové chování u dětí	39
	8.1 Terminologie rizikové chování a jeho formy	39
	8.2 Výzkumy a prevalence rizikového chování.....	41
9	Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky.....	44
	9.1 Výzkumný problém.....	44
	9.2 Cíle práce	45
	9.3 Výzkumné otázky.....	45
10	Popis zvoleného metodologického rámce a metod	46
	10.1 Zvolený typ výzkumu.....	46
	10.2 Metody získávání dat.....	46
	10.2.1 Ohnisková skupina	47
	10.2.2 Dotazník.....	48
	10.2.3 Rozhovor.....	49
	10.3 Metody zpracování a analýzy dat.....	49
	10.3.2 Obsahová analýza dokumentů.....	50
	10.3.3 Statistické zpracování dat	53
	10.4 Etická stránka výzkumu.....	53
11	Výzkumný soubor a soubor výběru.....	54
	11.1 Metoda výběru	54
	11.2 Složení výzkumného souboru	54
12	Výsledky - popis a interpretace.....	57
	12.1 Obecné informace získané z ohniskové skupiny	57

12.2	Popis a četnosti jevů vyskytujících se u dětských klientů RCUM.....	58
12.2.1	Faktory rodinného prostředí.....	59
12.2.2	Osobnostní projevy dítěte	62
12.2.3	Rizikové chování dítěte	63
12.2.4	Poruchové vztahy dítěte.....	66
12.2.5	Školní problémy	67
12.2.6	Potenciál traumatizující události	69
12.2.7	Poruchy komunikace a hranic	71
12.2.8	Přehled samostatných kategorií.....	73
12.3	Souvislosti mezi zjištěnými kategoriemi	77
13	Diskuze	84
14	Závěry	88
	Souhrn.....	89
	Seznam použitých zdrojů a literatury	92
	Přílohy diplomové práce	

1 Úvod

Moje magisterská diplomová práce nese název *Indikovaná prevence a včasná intervence u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. Téma této práce vyvstalo po domluvě s pracovníky Rodinného centra U Mloka v Olomouci, kam chodím třetím rokem jako dobrovolnice. Rodinné centrum, které funguje v rámci organizace P-centrum, je sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi. Svou činností přispívá ke zlepšení životní situace mnohých olomouckých rodin, které jsou nějakým způsobem sociálně ohroženy, rodiče nechtějí nebo nemohou řádně pečovat a vychovávat své dítě, či si neví rady s obtížněji zvladatelným dítětem. Posláním RCUM jako služby je nabízet takovým lidem pomoc a podporu.

Diplomová práce je teoreticko – výzkumná. Na začátku teoretické části se čtenář seznámí s pojmem sociálně ohrožená rodina a systémem péče o ni. Dále se zaměříme na konkrétní podobu vybrané sociální služby, kterou je sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, a budou představeni poskytovatelé těchto služeb v Olomouci. Zvlášť bude popsáno Rodinné centrum U Mloka (dále RCUM), včetně nabízených intervenčních aktivit, jakožto klíčová organizace pro účely této diplomové práce. Následuje uvedení do různých druhů prevence, s důrazem na indikovanou prevenci. V dalších kapitolách teoretické části se budeme věnovat různým problematikám, které nějak narušují chod rodiny, vývoj dítěte, jeho výchovu a péči o něj. Výběr daných problematik byl proveden na základě informací získaných z ohniskové skupiny, která proběhla se zaměstnanci RCUM v úvodním mapování možnosti spolupráce.

Ve výzkumné části se čtenář dočte o tom, jak výzkum probíhal, a budou popsány další standardní metodologické náležitosti. Za typ výzkumu byl zvolen smíšený s těžištěm v kvalitativním zpracování, s designem kombinace případových studií a obsahové analýzy dokumentů.

Výsledky této práce podají systematický přehled o klientech sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a jejich typických zakázkách a v ideálním případě tak přispějí k možnostem prevence v Olomouci.

2 Sociálně ohrožené rodiny

Obecným předpokladem je, že sociální služby nabízené rodinám s dětmi jsou určeny takovým rodinám, které tyto služby potřebují, protože jsou nějakým způsobem dysfunkční. O takových rodinách mluvíme jako o sociálně ohrožených. V první kapitole si proto uvedeme, jaké faktory k sociálnímu ohrožení přispívají. Je třeba zmínit, že uvedené schéma je pouze didaktické povahy, ve skutečnosti lze jen těžko hledat příčiny a následky konkrétních jevů, které se navíc zpravidla vyskytují propojeně. Faktory jsou:

- sociokulturní znevýhodnění rodiny a jeho projevy (tyto projevy spatřujeme při uplatnění rodičů na trhu práce nebo v komplikacích s prospíváním dětí ve škole),
- zdravotní znevýhodnění některého z členů rodiny (psychická i fyzická onemocnění),
- ohrožení chudobou a sociálním vyloučením (marginalizace rodiny),
- nedostatek schopností a dovedností, ale i motivace pro zvládnutí rodičovských kompetencí („*nejasná pravidla týkající se výchovy dětí, nedostatek času na dítě, zanedbávání či deprivace, problematický výchovný styl od přehnané tvrdosti, hyperprotektivity, až po absenci výchovných postupů*“ (Metodické doporučení MPSV č. 9/2009, s. 3), dále vztahové problémy v rodině (včetně problematiky domácího násilí, partnerských krizí apod.),
- výchovné a výukové problémy dětí, které mohou, ale nemusí zjevně souviset s výše popsány mi okolnostmi,
- odebrání dětí z rodiny do ústavního zařízení

(Metodické doporučení MPSV č. 9/2009, 2009)

Pomoc a podporu sociálně ohroženým rodinám zajišťují např. zmiňované sociální služby. Aby systém péče dobře fungoval, je však zapotřebí mnohem více a ideálně spolupráci mezi různými institucemi. Ústřední roli hraje orgán sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD), který má pravomoc nařídít sociálně právní ochranu dětí. To znamená zajištění práv dítěte na příznivý vývoj, řádnou výchovu a ochranu dalších oprávněných zájmů. V České republice jako OSPOD fungují obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, újezdní úřady, krajské úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí a Úřad práce České republiky (Topinka a kol, 2014).

Péče o sociálně ohrožené rodiny a zajištění sociálně právní ochrany dětí je v České republice prováděno na státní úrovni a oblast rodinné politiky spadá pod kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí. Jiné speciální otázky týkající se potřeb dětí jsou řešeny Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

Úlohu různých institucí / osob přehledně znázorňuje následující obrázek:

Obrázek 1: Pozice aktérů v systému péče o sociálně ohrožené rodiny a děti (Topinka, 2014, s. 8)



Topinka s kolektivem autorů provedli pro MPSV rozsáhlý výzkum na téma Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi, na kterou odkazujeme případně zájemce o tuto problematiku.

V této práci se zaměříme na sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Bude o nich pojednáno v samostatné kapitole.

3 Poskytovatelé sociálních služeb zaměřených na děti, mládež a rodiny v Olomouci

V následující kapitole uvedeme princip fungování sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a představíme olomoucké organizace, které jako taková zařízení fungují. Samostatná kapitola bude věnována spolku P-centrum, jakožto organizaci klíčové pro výzkumné účely této diplomové práce.

3.1 Co je sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi

Podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, platného od 1. ledna 2007, je podle paragrafu § 65 sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi vymezena takto (Zákon č. 108/2006 Sb.):

„(1) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
 - c) sociálně terapeutické činnosti,*
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*
- Služby jsou provozovány bezplatně.“*

Dále podle vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. se základní činnosti sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi dělí a zajišťují takto (Vyhláška 505/2006 Sb.):

a) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

- pracovně výchovná činnost s dětmi,
- pracovně výchovná činnost s dospělými, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností dítěte,
- zajištění podmínek a poskytnutí podpory pro přiměřené vzdělávání dětí,
- zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity.

b) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět.

c) Sociálně terapeutické činnosti:

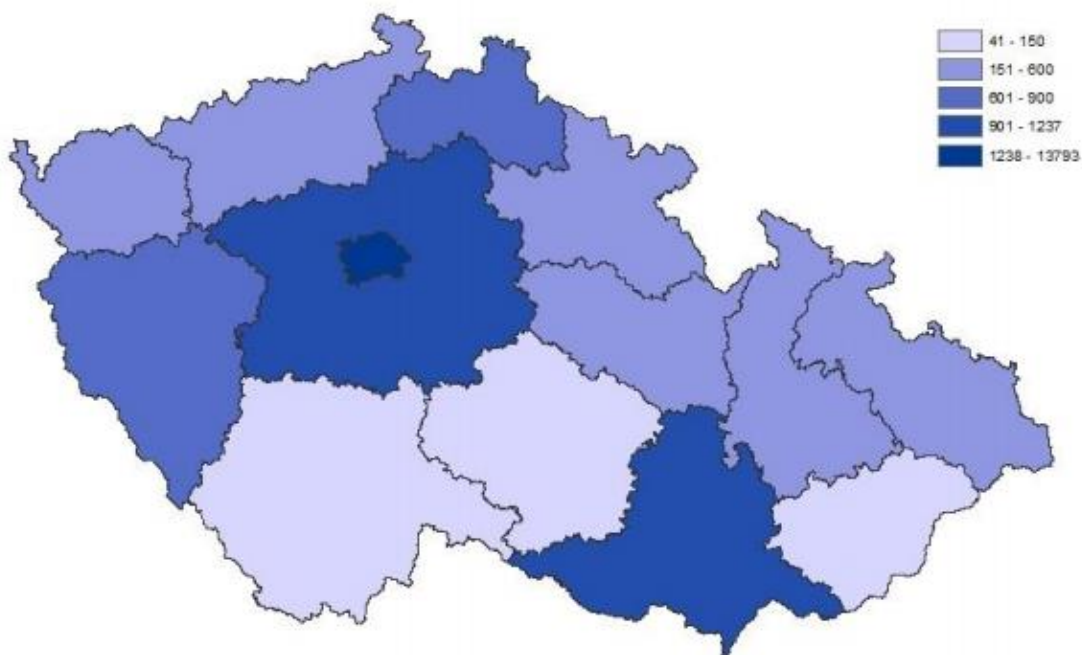
- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

d) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.“

Na celostátní úrovni jsou služby prováděny ambulantně i terénně a jednotlivé kraje se odlišují v počtech klientů, které je využívají. Mapa znázorňuje stav klientů k 1. 1. 2014.

Obrázek 2: Počty klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (Topimka, 2014, s. 99)



Nejvyšší počty klientů jsou dle mapy v Praze, Jihomoravském kraji a Středočeském kraji. Olomoucký kraj, který je důležitý pro tuto výzkumnou práci, spadá do kategorie 151 až 600 klientů, čili v pořadí druhé nejmenší.

3.2 Konkrétní poskytovatelé sociálně aktivizačních služeb v Olomouci

V Olomouci existují tyto organizace, vedené v registru poskytovatelů sociálních služeb jako sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (Katalog poskytovatelů sociálních služeb, 2. 2. 2016):

- Charita Olomouc – Amaro Khamoro
- Člověk v tísni, o.p.s. – Programy sociální integrace, pobočka Olomouc
- Fond ohrožených dětí – pobočka Olomouc
- Maltézská pomoc – Dobrovolnické programy pro děti, mládež a podporu rodiny
- Maltézská pomoc – Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- P-centrum, spolek, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – Rodinné centrum U Mloka
- Poradna pro občanství / Občanská a lidská práva – Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi
- Středisko rané péče Olomouc SRPR – Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Středisko sociální prevence Olomouc, příspěvková organizace, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Pro zájemce jsou charakteristiky všech těchto zařízení rozepsány v příloze č. 6.

3.3 P-centrum

P-centrum je organizací, která nabízí více druhů sociálních služeb a v Olomouci funguje již asi dvacet let. Posláním spolku P-centrum je pomáhat osobám ohroženým užíváním drog a pracovat v oblasti prevence závislostí a problémového chování u dětí, mládeže a dospělých. Z hlediska organizační struktury jsou v rámci P-centra vedena tato samostatná centra, která se liší cílovou skupinou a náplní práce, přesto však mezi nimi existuje spolupráce (P-centrum, 16. 2. 2016).

- **Doléčovací centrum** – nabízí služby (chráněné bydlení, individuální a skupinové aktivity) lidem, kteří ukončili nejméně tříměsíční léčbu závislosti a je jim tak dána podpora do nového začátku.
- **Poradna pro alkoholové a jiné závislosti** – poskytuje odborné poradenství a terapeutické služby lidem, kteří mají potíže v oblasti užívání alkoholu, drog a hazardních her. Služba je nabízena i blízkým osobám závislých uživatelů.
- **Rodinné centrum U Mloka a Mediační centrum** – viz níže.
- **Centrum primární prevence** – funguje jako odborné centrum a vzdělávací instituce pro oblast specifické primární prevence. Služba je poskytována třídním kolektivům, jednotlivým žákům, rodičům, pedagogickým pracovníkům

a vysokoškolským studentům. CPP vede certifikované programy dlouhodobé a komplexní primární prevence i intenzivní návazné bloky primární prevence.

- **Galerie U Mloka** – umělecké centrum, které svou kulturní činností otevírá P-centrum širší veřejnosti a dává prostor pro rozmanité umělecké uplatnění, včetně klientů P-centra.

3.3.1 Rodinné centrum U Mloka (RCUM) a Mediační centrum

RCUM je, jak bylo popsáno výše, součástí spolku P-centrum. Funguje jako sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi a od 1. 1. 2016 k němu bylo navíc přiřazeno Mediační centrum, které dříve spadalo pod olomouckou pobočku Fondu ohrožených dětí a nyní je pod správou P-centra. V této kapitole blíže představíme služby RCUM a mediace budou zmíněny jen okrajově.

Posláním RCUM je poskytovat cílenou a aktivní podporu rodinám v nepříznivé sociální situaci, a to pomocí poradenství a individuálních i skupinových aktivit, tak, aby byla rodina schopna řešit své problémy samostatně. Služba je určena rodinám s dětmi ve věku pět až patnáct let a zaměřuje se zejména na řešení problematických vztahů mezi jejími členy, i v jejich domácím prostředí. Sociálně nepříznivou situací je potom myšleno sociální vyloučení, komunikační problémy, narušené vztahy v rodině, působení dlouhodobého stresu nebo trauma. Dále službu mohou využívat neúplné rodiny, rodiny s dětmi s výchovnými problémy nebo pěstounské rodiny (P-centrum, 2013).

3.3.1.1 Aktivity nabízené klientům RCUM

Zaměstnanci Rodinného centra pracují s rodinami jako s celkem – rodině je přidělen tzv. garant rodiny, je však možnost využívat různé aktivity i odděleně (osobní sdělení, 17. 2. 2016). RCUM při práci s klienty jedná podle zásad (P-centrum, 2013):

- aktivizace,
- informovanosti klienta,
- týmové práce,
- spolupráce s ostatními institucemi,
- individuálního přístupu ke klientovi.

Pro dětské klienty, kteří se na RCUM mohou obracet s vlastními problémy, jako je nadměrná aktivita a neklid, odmítavost od okolí, malá přizpůsobivost, nízké sebevědomí, sebedůvěra a sebehodnocení, ohrožení nevhodnou vrstevnickou skupinou nebo problémy s

chování a učení, jsou nabízeny tyto aktivity (převzato z letáku RCUM, dostupném na http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/rcum/07_letak_2015.pdf, 3. 3. 2016):

„Kamarád „Pět P“ (Přátelství, Podpora, Prevence, Pomoc, Péče)

- jednou týdně probíhá schůzka dítěte s vybraným a odborně vyškoleným dobrovolníkem – kamarádem;
- obsahem setkávání jsou zájmové volnočasové aktivity v podobě sportovních, poznávacích a kulturních aktivit, které odpovídají individuálním zájmům dítěte.

„Klub“ - Skupinové tematické aktivity

- jednou týdně setkávání ve skupině vrstevníků s organizovaným programem;
- pomocí her pomáháme dětem se začleňováním do skupiny, pracujeme s hranicemi a pravidly, nacvičujeme různé druhy komunikace.

Doučování

- jednou týdně (1 hodina) buď s pracovníkem nebo dobrovolníkem;
- využíváme konzultace se školou pro zpřesnění potíží dítěte - jde nám o vytvoření funkčního systému přípravy do školy pro rodinu;
- možnost reedukace specifických poruch učení;
- do doučování může být zapojen i rodič.

Poradenství

- pomoc při řešení problému;
- rozšíření dovedností a schopností, které vedou k samostatnému fungování a zvládnání dalších potíží.

Nácvik samostatného docházení

- časově omezená aktivita zaměřená na podporu, motivaci a nácvik samostatného docházení, např. ze školy domů apod.“

Pro dospělé klienty, kteří mají obtíže a těžkosti při zvládnání své rodičovské nebo pěstounské role a při péči o dítě, nebo mají problém v komunikaci s institucemi (škola, úřady...), je nabízeno jiné spektrum aktivit (převzato z letáku RCUM, dostupném na http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/rcum/07_letak_2015.pdf, 3. 3. 2016):

„Poradenství (psychologické, právní, sociální):

- zlepšení komunikace a vztahů v rodině,

- pochopení problému, jeho potíží a hledání řešení zvládnání výukových a výchovných potíží dětí;
- orientace v síti pomáhajících organizací;
- právní poradenství a další témata.

Rodičovské skupiny – tematicky zaměřená pravidelná setkávání:

- zvyšování rodičovských kompetencí;
- nácvik komunikačních dovedností;
- pochopení vzniku poruch chování;
- sdílení zkušeností ostatních rodičů;
- práci se stresem a relaxační techniky;
- konkrétní potřeby rodičů / rodinných zástupců;
- vzdělávání rodičů.

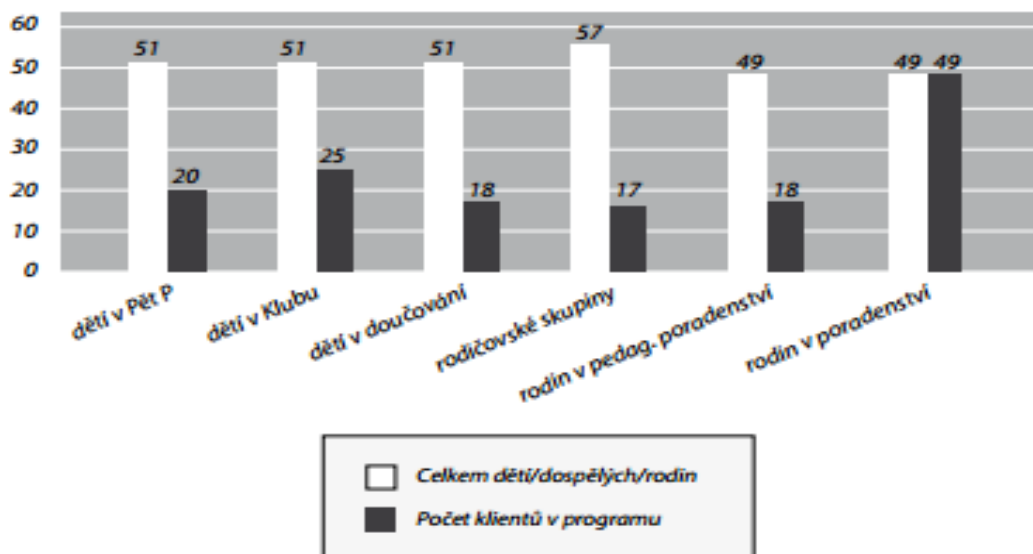
Provázení a podpora při obstarávání osobních a rodinných záležitostí

- doprovázení rodičů na úřady či jiné instituce;
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a sociální začleňování.“

Všechny aktivity jsou v souladu se zákonem zmíněným na začátku kapitoly, služba je prováděna bezplatně.

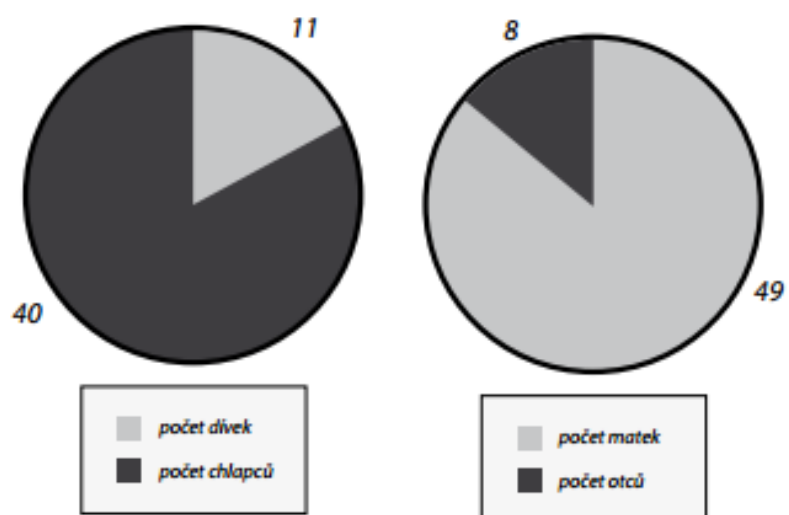
Z výroční zprávy za rok 2014 jsou za RCUM vedeny tyto statistiky:

Tabulka 1: Účast na aktivitách (P-centrum, 2014, s. 21)



Tabulka 2: Struktura uživatelů RCUM za rok 2014 (P-centrum, 2014, s. 21)

<i>počet rodin</i>	49
<i>počet dětí</i>	51 (40 chlapců, 11 dívek)
<i>počet dospělých</i>	57 (49 žen, 8 mužů)
<i>celkem klientů</i>	108



4 Prevence

Slovo prevence samo o sobě označuje ochranu před něčím nebo předcházení nějakému jevu. S tímto termínem se můžeme setkat v mnoha odvětvích, obvykle můžeme prevenci rozdělit na několik stupňů (od primární po kvartérní) a tyto stupně pak popsat vztažně ke zkoumané problematice. V rámci této diplomové práce se budeme zabývat zejména prevencí rizikového chování.

Prevenci rizikového chování můžeme rozdělit na primární, z té pak vydělit specifickou a nespecifickou prevenci a specifickou dále rozčlenit na všeobecnou, selektivní a indikovanou.

Principiálně staví základní primární prevence na výchově k předcházení a minimalizaci rizikových projevů chování, ke zdravému životnímu stylu, k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti. Zaměřuje se především na tyto oblasti s cílem zabránit výskytu rizikového chování nebo minimalizovat škody jeho působení:

- agrese, šikana, kyberšikana, násilí, vandalismus, intolerance, antisemitismus, extremismus, rasismus a xenofobie, homofobie
- záškoláctví
- chování, užívání všech návykových látek, netolismus, gambling
- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
- spektrum poruch příjmu potravy
- negativní působení sekt
- sexuální rizikové chování (Prevence-info.cz, 4. 12. 2015)

4.1 Druhy prevence

V této kapitole si uvedeme existující druhy prováděné prevence a přidáme ke každé krátký popis. Indikovaná prevence bude následovat v další samostatné kapitole.

4.1.1 Nespecifická primární prevence

Do nespecifické primární prevence spadají aktivity, které podporují zdravý životní styl, které vedou k osvojování pozitivních sociálních kompetencí a které napomáhají smysluplnému využívání a organizování volného času. Nesouvisí tedy přímo s rizikovým chováním, napomáhají však snižovat riziko jeho vzniku a rozvoje. Celkově přispívají k zdravému rozvoji osobnosti, k pocitu zodpovědnosti za sebe i své jednání a také

k dodržování společenských pravidel. Řadíme sem např. zájmové, sportovní a volnočasové kroužky (Černý, 2010).

4.1.2 Specifická primární prevence

Oproti nspecifické prevenci se specifická liší tím, že aktivity již jsou zaměřené na předcházení a omezování výskytu různých konkrétních forem rizikového chování. Pokrývá tak potřeby dětí a mladých lidí, pro které nestačí nabídka volnočasových aktivit nspecifické prevence a nabízí jim další podpůrné programy. Ty jim mohou pomoci vyrovnat se se svým handicapem a zabránit tak vyčlenění ze společnosti. Z tohoto popisu je patrné, že aktivity specifické primární prevence bývají zaměřené na jasně definovanou cílovou skupinu (tamtéž).

Jak bylo napsáno výše, dělí se dále do tří úrovní – na prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou. Úrovně zpravidla vypovídají o intenzitě programů a také o využívaných prostředcích a nástrojích. Lze říci, že čím hlubší tyto programy jsou, tím více vyžadují speciálních technik a postupů a také se zvyšují nároky na jejich realizátora (tamtéž).

4.1.3 Všeobecná primární prevence

Při všeobecné primární prevenci se zohledňuje pouze věkové složení a případně specifika daná sociálními nebo jinými faktory, jinak je zaměřena na běžnou populaci dětí a mládeže. Nedochozí tedy k rozdělování na méně nebo více rizikové skupiny. Většinou se v programech pracuje se skupinou (např. třída) a v praxi je zahrnuta v rámcových vzdělávacích a preventivních plánech. Zpravidla ji provádí školní metodik prevence, který pracuje s různými tematickými programy, pro které jsou vypracované metodiky (tamtéž).

4.1.4 Selektivní primární prevence

Selektivní primární prevence se svými programy už zaměřuje na více ohrožené skupiny populace. U těchto osob se vyskytují ve vyšší míře rizikové faktory pro vznik a případný vývoj nějaké formy rizikového chování. Identifikují se pomocí věku, pohlaví, rodinné historie, místa bydliště a úrovně sociálního znevýhodnění, dále podle sociálních, psychologických, biologických a environmentálních rizikových faktorů. Pracuje se spíše s menší skupinou nebo s jednotlivci a jedná se o intenzivní programy zpravidla sociálně-

psychologické (např. na sociální dovednosti a komunikaci). Je vhodné, aby preventista těchto programů měl již odpovídající vzdělání (tamtéž).

4.2 Indikovaná prevence

V této kapitole bude podrobně probrána indikovaná prevence a její principy a také budou popsány včasné intervence.

Indikovanou prevenci bychom mohli popsat jednoduše jako takovou prevenci, která je zaměřená na jedince nebo skupiny, kde je značné riziko výskytu nějakého jevu nebo rizikového chování. Ohrožení je u takových jedinců patrnější než u vrstevníků a jiných osob běžné populace. Tuto míru rizikovosti by měly zohledňovat zvolené intervenční postupy, které podporují změnu chování. Indikovaná prevence je jako druh primární prevence určena hlavně dětem a dospívajícím, u kterých již jsou přítomny prvky rizikového chování (např. užívání návykových látek, hazard), ale ještě nelze diagnostikovat žádnou poruchu (v našem příkladu škodlivé užívání či patologické hráčství) (EMCDDA, 13. 3. 2016).

Za ohrožené jedince, pro které je vhodná indikovaná prevence, lze považovat kromě v příkladu zmíněných uživatelů drog také osoby, které předčasně ukončily školní docházku, mají psychickou poruchu nebo onemocnění, vyskytuje se u nich nějaká známka protispoločenského chování a v neposlední řadě děti a dospívající z nefunkčních rodin. Práce s takovými jedinci je cílená, dlouhodobá a probíhá formou individuálních a rodinných konzultací s dětmi, jejich rodinami i pedagogy, popř. s dalšími odborníky. Na vedení indikované prevence je nutné mít vysokoškolské vzdělání v oboru a příslušné proškolení (Nešpor, Csémy, Pernicová, 1999).

Programy včasné intervence, jak se také jinak indikovaná prevence dá chápat, jsou v odborných kruzích České republiky zatím orientovány spíše na problematiku užívání drog a předcházení závislosti (pro zájemce odkazujeme na internetové stránky Kliniky adiktologie). Nicméně intervenční aktivity probíhají i v jiných oblastech. Programy indikované primární prevence jsou zpravidla určeny dětem a dospívajícím od 6 do 18 let, u kterých je spatřována rizikovost v následujících oblastech (Prev-centrum, 13. 3. 2016) :

- výchovné problémy (agresivita, lhaní, problémy ve škole, problémy s učením, záškoláctví, trestná činnost apod.)
- psychické a osobnostní problémy (časté změny nálad, hyperaktivita, ztráta kontroly nad vlastním chováním apod.)
- problematické postavení ve třídě či problematické vztahy s vrstevníky (oběť šikany, potencionální oběť šikany, iniciátor šikany apod.)

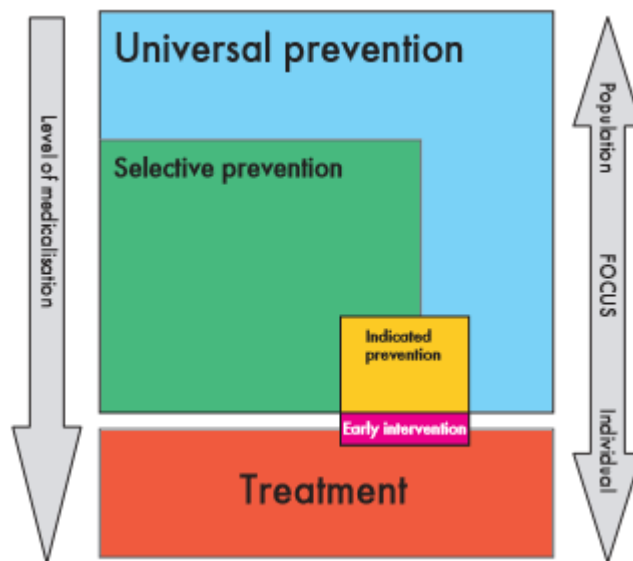
- problémy v komunikaci s pedagogy nebo rodiči nebo rodina nacházející se v obtížné životní situaci

Hlavní snahou indikované prevence je co nejdříve podchytit problém a co nejdříve posoudit potřebnost specifických intervencí včetně jejich okamžitého zahájení (Černý, 2010).

Podstatou je, že jedinec byl do skupiny vybrané pro indikovanou prevenci vybrán – indikován – na základě vyhodnocení jeho individuální situace (např. screeningem, dotazníky, diagnostikou apod.) Cílem je mimo jiné porozumět rizikovému chování, na které indikovaná prevence cílí, prostřednictvím vymezení rizikových a protektivních faktorů vztažených vždy k individuálnímu jedinci (např. rizikovost dětí s ADHD) (EMCDDA, 2009).

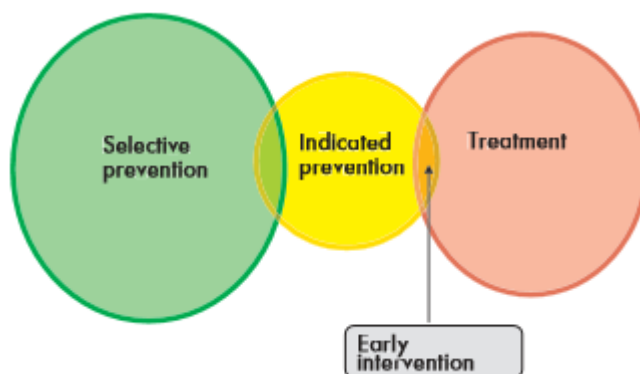
Znázornění systému prevencí poskytuje přehledný graf:

Obrázek 3: Kontinuum všeobecné, specifické a indikované prevence (EMCDDA, 2009, s. 11)



Oblast včasné intervence (Early intervention) je součástí indikované prevence, ale zároveň je také na hranici samotné léčby (Treatment). Včasná intervence tedy obsahuje již léčebné a terapeutické nástroje k péči o jedince, jejichž potíže nedosahují klinické diagnózy (nesplňují diagnostická kritéria), ale už jsou do nějaké míry rozvinuté. Na obrázku 6 je další grafické znázornění oblasti včasné intervence.

Obrázek 4: Kontinuum prevence a časné intervence (EMCDDA, 2009, s. 10)



Výhodou indikované prevence je zacílení programů pro užitek konkrétních jedinců a řešení problémů v raném stadiu. Nevýhodou je potom obtížnější identifikace cílové skupiny (odhadování budoucích rizik) a stigmatizace osob (Mrazek & Haggerty, 1994).

4.2.1 Klasifikace prevence dle EMCDDA

Indikovaná prevence, jak již bylo v předchozí kapitole popsáno, tvoří část řetězce prevencí - od všeobecné přes selektivní k indikované. V této kapitole si objasníme její základní principy a nejčastěji užívané definice.

Jedna z nejcitovanějších definic týkajících se všeobecné, selektivní a indikované prevence je od Mrazka a Haggertyho (1994), kteří ji sepsali pro Institut of Medicine (IOM). Tento model může být znázorněn graficky (obrázek 7) a je shrnut v tabulce (tabulka 3).

Obrázek 5: Model kontinuální péče podle Institute of Medicine (EMCDDA, 2009, s. 7).



Z modelu je patrné, že prvky prevence, léčby a péče se vzájemně prolínají.

Tabulka 3: Klasifikace prevenčních strategií podle IOM (Mrazek a Haggerty, 1994).

Prevenční strategie	Cílová skupina	Příklady	Rizika/negativní efekt	Náklady
Všeobecná	všeobecná veřejnost, populace neidentifikovaná individuálními riziky	imunizace v dětství, manželské poradenství (zaměřeno proti rozvodům), předmanželské poradenství	nízká	výhoda: náklady jsou individuální a nízké
Selektivní	jednotlivci nebo podskupiny s význačně vyšším rizikem nebo s rozvíjející poruchou	předškolní programy pro znevýhodněné děti	minimální nebo neexistující	výhoda: náklady nepřesahují střední úroveň nákladnosti
Indikovaná	vysoce riziková jedinci s minimálními, avšak rozpoznatelnými známkami či příznaky předznamenávajícími poruchu, které však zatím nedosahují diagnostikovatelnou úroveň asymptomatictí poznamenaní jedinci a jedinci symptomatictí se symptomy v raném stádiu	nácvik rodič-dítě pro děti s problémovým chováním	určitá rizika	poměrně značné náklady

Nový model podle Springera a Phillipse (2007) pro IOM udává obecný popis sledovaných subjektů v různých prevenčních strategiích (tabulka 4).

Tabulka 4: Revidovaná klasifikace prevenčních přístupů pro IOM (Springer, Phillips,).

všeobecná prevence	cílí na všeobecnou populaci nebo část veškeré populace s průměrnou pravděpodobností, rizikem nebo podmíněností k rozvoji poruchy
selektivní prevence	specifická podskupina s rizikem významně přesahujícím průměr, ať v riziku bezprostředním či celoživotním
indikovaná prevence	cílí na identifikované jedince a minimálními, avšak rozpoznatelnými známkami či příznaky vedoucími k poruše

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (The European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction) dodalo další definici. Dle jejího pohledu jsou strategie indikované prevence zaměřeny na začátek užívání návykových látek u jednotlivců, kteří vykazují časné nebezpečné příznaky, jako je konzumace alkoholu a dalších

vstupních drog. Snahy jsou cíleny na jedince s chováním jako u užívání návykových látek na subklinické úrovni s cílem identifikovat tato individua a zacílit na ně speciální programy. Zmíněna je také vývojová psychopatologie a dětský psychiatrický výzkum, jedinci selhávající ve vývojových úkolech (jako je např. škola, kontakt s vrstevníky, apod.) jsou často predisponováni k vzrůstajícímu riziku užívání návykových látek a mnoho dětských psychiatrických nemocí koreluje s rozvojem závislostí (EMCDA, 2009).

Indikovaná prevence popisuje ochranný, zosobněný přístup zaměřený na ty jedince, kteří spadají do vysokého stupně rizika rozvoje užívání návykových látek či jiné závislosti později v průběhu života. Přičemž včasná intervence na základě silných indikátorů dokáže odvrátit rozvoj závislosti či poruchy. Indikovaná prevence může být někde mezi selektivní prevencí a léčbou. Jasná definice cílových skupin diferencované intervence založené na stupni rizika může být důležitým faktorem determinujícím účinnost (tamtéž).

Indikovaná prevence může být shrnuta následujícím způsobem:

- preventivní intervence cílí na jednotlivce,
- jednatel se představuje dobrovolně nebo je o něm referováno odborníkovi např. rodiči, učiteli, sociálními pracovníky, pediatry;
- jednatel je identifikován na individuální úrovni založené na profesionálním hodnocení;
- jednatel může být uživatelem drog, ale jako takový nesplňuje kritéria závislosti dle DSM-IV či dle MKN-10 a /nebo vykazuje ukazatele, které vysoce korelují s rizikem individua rozvinout se ve škodlivé užívání (abuzus) drog v budoucím životě (jako např. psychická nemoc, selhávání ve škole, asociální chování). Užívání drog tedy není nezbytnou podmínkou zahrnutí do preventivních intervencí;
- na rozdíl od selektivní prevence, indikovaná prevence má silnější korelaci a individualizovanou povahu ukazatelů pro rozvoj škodlivého užívání drog či rozvoj závislosti na drogách;
- u indikované prevence není požadavek splnění diagnostických kritérií škodlivého užívání či závislosti, aby byla poskytnuta léčba;
- cílem indikované prevence není zabránit zahájení užívání drog či užívání drog, ale zabránit rozvoji závislosti, snížit frekvenci užívání a zabránit nebezpečnému užívání drog (to znamená mírné místo „hltavé“ pití „binge-drinking“).

Pro doplnění - některé parametry indikované prevence jsou klasifikovány jako včasné intervence charakterizované takto:

- termín „včasné intervence“ je definován jako intervence cílená na jednotlivce s identifikovanými silnými ukazateli a jedince jako uživatele drog (které neodpovídají diagnostickým kritériím DSM-IV a MKN-10);
- působení včasných intervencí přesahuje hranice indikované prevence a léčby.

5 Vybrané poruchy psychického vývoje v dětském a dorostovém věku

V této části práce se čtenář seznámí s různými obtížemi, se kterými se dítě nebo mladistvý může potýkat a to zejména ve školním a v rodinném prostředí. Jedná se jak o poruchy vrozené, tak i způsobené vnějšími událostmi.

5.1 Specifické poruchy chování a učení

V této kapitole krátce uvedeme problematiku vybraných specifických poruch chování a učení. Ke každému tématu budou připojeny statistické údaje o prevalenci těchto poruch a srovnání se zahraničními čísly.

5.1.1 Specifické poruchy chování

K bližšímu popisu byly vybrány dvě poruchy – ADHD a ADD.

5.1.1.1 ADHD

Označení ADHD je převzato z anglického názvu (attention-deficit-hyperactivity-disorder) a znamená poruchu pozornosti s hyperaktivitou. ADHD je vrozený neurovývojový syndrom (dříve i běžně dnes bylo ADHD označováno zkratkou LMD znamenající lehkou mozkovou dysfunkci), který souvisí s narušenými oblastmi v mozku, které zodpovídají za plánování, předvídání, zaměření a udržení pozornosti a sebeovládání. S věkem se viditelné příznaky mírní (tj. neustálý hyperaktivní pohyb, netrpělivost), potíže s pozorností a impulzivitou spojenou s vnitřním neklidem však většinou přetrvávají. Dále setrvávají další typické příznaky ADHD, kterými jsou emoční labilita, nízká frustrační tolerance (tj. výbuchy vzteku, rychlé střídání nálad) a zkratkovitost v jednání. Kdybychom chtěli příznaky ADHD shrnout do pár slov, typicky se uvádí tyto tři:

- impulzivita,
- hyperaktivita,
- deficit pozornosti (Ramsay, J. R., Rostain, A. L., 2008).

A pro konkrétní představu se dítě s ADHD typicky projevuje následovně (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 12. 2. 2016, s. 7):

- „je nepozorné při školních úkolech,

- opomíjí detaily,
- dělá chyby z nepozornosti,
- neudrží trvale pozornost při úkolu nebo při hře,
- zdá se, že neposlouchá během rozhovoru,
- i když pochopí instrukce, nedokončuje úkoly,
- má problém naplánovat své aktivity,
- nesnáší úkoly vyžadující soustředění a trpělivost,
- ztrácí věci (hračky, školní potřeby...),
- vnější podněty snadno přeruší jeho soustředění,
- zapomíná na své denní úkoly a povinnosti,
- nedokáže klidně sedět, vrtí se na židli, hraje si s rukama,
- často opouští lavici ve třídě,
- často pobíhá nebo přelézá v nevhodných situacích,
- obtížně při hrách zachovává klid a ticho,
- je stále v pohybu - „jako by měl v sobě motor”,
- stále hovoří,
- často vyhrkne odpověď před dokončením otázky,
- dělá mu potíže čekat, až na něho dojde řada,
- často přerušuje ostatní (při hrách, skáče do hovoru...)“.

Pro bližší seznámení s příčinami vzniku, diagnostikou, možnostmi terapie a s různými radami a tipy, jak dítě s ADHD vychovávat a vzdělávat, odkazujeme čtenáře např. na internetovou stránku www.adehade.cz nebo na příručku *Porucha pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD), příručka pro dospělé*, ve které nalezneme, kromě obecného seznámení s poruchou pozornosti a hyperaktivitou, také odkazy k další literatuře, rozčleněné i podle cílové skupiny (laici, odborníci, rodiče, učitelé, lidé s ADHD atd.)

5.1.1.2 ADD

Zkratka ADD je u nás méně častý pojem, také vychází z anglického označení (attention-deficit-disorder) a znamená poruchu pozornosti (bez hyperaktivity). Také je poruchou vrozenou a takto postižení jedinci častokrát působí dojmem, že jsou zasnění a žijí tzv. v jiném světě. Projevuje se to tak, že nereagují, když na ně někdo mluví, obtížně se soustředí na neatraktivní témata, snadno je cokoliv vyruší, často zapomínají a nedokončují aktivity, vnímají a jednají chaoticky. I jedinec s poruchou pozornosti se však dokáže soustředit, téměř až nadlidsky, pokud ho nějaké téma opravdově zajímá. To mívá naopak problém se od tématu odtrhnout. Porucha pozornosti bez hyperaktivity může být obtížněji

detekována, protože na rozdíl od ADHD chybí viditelné výrazné příznaky, které jsou pro okolí rušivé (Hallowell, E. M., Ratney, J. J., 2007).

5.1.1.3 Souhrnně o obou poruchách a statistické informace

Obě poruchy, ADHD a ADD jsou zapříčiněny zejména dědičnými vlivy a také je patrný vliv poškození v prenatálním a perinatálním období. Ani jedna z poruch neznamená automaticky snížený intelekt, týká se osob všech pásem inteligence, nicméně pravdou je, že školní prospěch bývá zpravidla zhoršený. Proto je třeba adekvátního přístupu jak ve výchově těchto jedinců, tak ve školním vzdělávání, který respektuje odchylky ve vývoji centrální nervové soustavy a s nimi spojené příznaky popsané výše. Při správném postupu a doplňující terapii (možná farmakoterapie, z psychoterapie se osvědčila KBT) se mohou jedinci s poruchami pozornosti bez i s hyperaktivitou naučit běžně fungovat (CNS Healthcare, 2016).

V České republice se prevalence ADHD u dětí pohybuje mezi 6 – 9% (Asociace dospělých pro hyperaktivní děti, 2009).

Ve Spojených státech amerických je podle výzkumu CNS Healthcare (2016) diagnostikováno ADHD u 12 % chlapců a 4,7 % dívek. Dohromady je to 6,4 miliónů dětí mezi 4 až 17 lety. Trend, že chlapci s touto diagnózou početně převažují dívky, je obvyklý. Výzkum uvádí až trojnásobnou prevalenci ADHD u chlapců. Podle Kinmanové (2012) se dokonce chlapci a dívky liší v manifestaci příznaků.

V Německu se diagnóza ADHD udělila 7,7 % chlapců a 1,8 % dívek. Celková celoživotní prevalence ADHD byla podle výzkumu Husse a kol. (2008) 4,8 %.

Podle studie Štuhece a kol. (2015) byla na Slovensku v roce 2013 prevalence ADHD 5,13 % u dětí a dospívajících do 19 let.

5.1.2 Specifické poruchy učení

Specifickým poruchám učení (SPU) se také často říká dys-poruchy, a sice kvůli předponě *dys* znamenající rozpor nebo deformaci. V kontextu poruch učení potom označují konkrétní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování školních dovedností. Mají vždy individuální charakter a vznikají na bázi dysfunkcí centrální nervové soustavy. Mohou se objevovat souběžně (nepodmíněně) s dalšími poruchami a handicapem (Zelinková, 2015).

Mezi SPU patří následující (Pokorná, 2000):

- dyslexie – porucha čtení,
- dysgrafie – porucha písemného projevu,
- dysortografie – porucha osvojení pravopisu,
- dyskalkulie – porucha počítání a práce s matematickými symboly,
- dyspraxie – porucha koordinace pohybů, vývoje pohybových dovedností,
- dysmusie – porucha hudebních schopností, rozlišení melodie a rytmu,
- dyspinxie – porucha kresebného projevu.

U SPU se podle Ministerstva školství ČR udává prevalence 4-5% a rozdíl mezi počty u chlapců a děvčat je 4 až 10: 1 v neprospěch chlapců, nicméně v praxi mohou být čísla podle pedagogů ještě větší – a sice díky individuálním projevům poruchy a také leckdy obtíže nedosahují diagnostických kritérií, i když u dítěte reálně existují velké potíže (Zelinková, 2015).

5.1.3 Školní zralost

Podle Petry Chromkové (osobní sdělení, 15. 7. 2015) se také spousta problémů ve škole objevuje po špatně odhadnutém nástupu dítěte do první třídy, kdy ještě není dostatečně zralé pro školní docházku. Dítě má často *„potíže se začleněním do skupiny, necítí se ve škole dobře a na to se nabalují další problémy, se kterými se už dítě může vést celou školu“*. Proto jsme do této části práce zařadili i krátký seznam znaků školní zralosti, které lze zjistit z pedagogicko-psychologického vyšetření:

- tělesný vzrůst (pozorování),
- odpovídající úroveň řeči (rozhovor),
- soustředění, zaměření pozornosti (Edfeldtův reverzní test),
- jemná a hrubá motorika (Jiráskův test školní zralosti),
- vyhraněná lateralita (index pravorukosti),
- početní dovednosti,
- zraková percepce,
- kognitivní zralost,
- vizuomotorika,
- zájem o školu (Mertin, Krejčířová, 2012).

5.2 Trauma u dětí

Slovo trauma v obecném významu znamená poranění, ránu nebo úraz a označuje se jím náhlá zevní událost, která vede k narušení celistvosti organismu. Mnohočetné trauma,

tzv. polytrauma, vede velice často k šokovému stavu. Těžšími úrazy, zapříčiněnými jinak než psychickými faktory, se zabývá lékařský obor traumatologie a jedná se nejčastěji o poranění pohybového aparátu. Psychické trauma a případně následná traumatizace člověka je složité a nesnadné téma i u dospělých, natož u dětí. Podle Hartla a Hartlové (2015) může mít psychické trauma za důsledek funkční a organické změny a je způsobeno buď jednorázově silnou traumatizující událostí, nebo postupně drobnějšími traumatizujícími zkušenostmi.

Trauma je protikladem síly, říká Levine (2012). Pokud nás zasáhne traumatizující situace, zpravidla na její zvládnutí nestačí naše dosavadní obranné mechanismy a cítíme se bezmocní a zoufalí. Dle něj je také trauma určováno nikoliv intenzitou a rozsahem vnější události, ale nervovou soustavou jedince. Míra stresu je sice důležitá, ale není definující. Roli hrají i další faktory, jako např. věk a dřívější setkání s traumatem. Čím mladší dítě je, tím méně má zkušeností se světem a tím snadněji se pro něj mohou stát různé situace traumatizující, i když by je dospělý člověk běžně zvládl. Dále Levine tvrdí, že jednorázové trauma je spíše o fyziologii a vrozených instinktech v každém z nás, které nám pomáhají čelit nebezpečí. Opakované a dlouhodobé traumatizování je více o psychickém prožívání.

Příklady událostí vyvolávajících trauma u dětí (tamtéž):

Nehody a pády:

- pády (ze schodů, z postele, z vysokých židlí),
- sportovní úrazy,
- autonehody,
- topení a dušení.

Lékařské a chirurgické zákroky:

- chirurgické zákroky (šití, jehly, nitrožilní zákroky, testy),
- zákroky u zubaře,
- život ohrožující nemoci a vysoké horečky,
- dlouhotrvající nehybnost (sádra, dlaha, trakce),
- otravy,
- tíseň plodu a porodní komplikace (pupečník kolem krku, anestézie, drogy a alkohol atd.).

Násilí a útok:

- šikanování (ve škole, v sousedství, od sourozenců),
- napadení zvířaty (psem, uštknutí hada apod.),

- rodinné násilí
- svědectví násilí (přímo i nepřímo skrze televizi a hry),
- fyzické a sexuální zneužití a zanedbání,
- válka, vysídlení a jiné mezigenerační následky, hrozba teroristického útoku,
- únos.

Ztráta:

- rozvod,
- smrt milované osoby nebo domácího mazlíčka,
- oddělení,
- ztracení se (v obchodě nebo v neznámém prostředí apod.),
- majetek (domov a další majetek v důsledku katastrofy nebo krádeže).

Stresory životního prostředí:

- vystavení extrémním teplotám,
- přírodní katastrofy (požár, zemětřesení, potopy, tornáda, hurikán, erupce sopek a tsunami),
- náhlý hlasitý zvuk u miminek a malých dětí (hádky, násilí, hrom – zvláště pokud je dítě samo v místnosti).

6 Děti a rodiny ohrožené prostředím

Ke zdravému a harmonickému vývoji osobnosti dítěte přispívá v široké míře rodinné prostředí, ve kterém děti vyrůstají. Vliv sociálního prostředí a emočního klimatu, ve kterém dítě žije, patří neoddiskutovatelně k tomu nejzásadnějšímu, co dítě formuje, klidně i na celý život. Neméně podstatné je i uspokojování základních a psychických potřeb. Podrobněji se této problematice budeme věnovat v této kapitole.

Neadekvátní péče má podle Krejčířové (Říčan, Krejčířová, 2011) několik forem, i když toto dělení je umělé - v praxi jsou mezi nimi plynulé přechody a často se doplňují a vyskytují současně. Patří sem:

- týrání dítěte,
- zneužívání dítěte,
- zanedbávání dítěte,
- psychická deprivace.

6.1 Syndrom CAN

Syndrom CAN (Child abuse and neglect) je zastřešující pojem pro uvedenou problematiku, tedy když dochází k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Jedná se o poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vzniklo v důsledku jakéhokoliv nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby. Kromě aktivní formy může mít i podobu pasivní a o syndromu CAN mluvíme i v případě, že takovému nevhodnému zacházení s dítětem není zabráněno (Dunovský, 1995).

Kromě níže popsaného psychického a fyzického týrání, sexuálního zneužívání a zanedbávání sem patří i další, zvláštní formy syndromu CAN. Jedná se o tzv. Münchhausenův syndrom v zastoupení, systémové týrání a sekundární viktimizace nebo organizované a rituální zneužívání dětí (tamtéž).

Münchhausenův syndrom v zastoupení je přítomen tehdy, kdy rodič (či pečující osoba) přenáší na dítě příznaky neexistujícího onemocnění. Rodiče předstírají nebo vyvolávají somatické obtíže, dožadují se opakovaných vyšetření (i invazivních), mohou i manipulovat s laboratorním materiálem a zdravotnickou dokumentací nebo dokonce příznaky vyrábět (např. zanášení infekce do ran, může vést i ke smrti) (Říčan, Krejčířová, 2011).

Při systémovém týrání dochází k týrání dítěte systémem, který mu měl primárně pomoci a sloužit jeho ochraně, péči, vzdělání atd.. Nesprávnými přístupy však na místo toho dochází k dalšímu strádání, ubližování a utrpení dítěte (např. odebrání dítěte z rodiny místo pomoci řešit problém rodiny) (Dunovský, 1995).

O sekundární viktimizaci neboli druhotném zraňování dítěte mluvíme tehdy, když se dítě, které bylo svědkem nebo obětí nějakého trestného činu, setkává při vyšetření tohoto činu s nevhodnými postupy. Takové postupy (např. nedůvěra, hledání spoluviny, nesprávně vedený výslech apod.) dítě znovu poškozují a staví do role oběti (tamtéž).

6.1.1 Týrání dítěte

Spadá pod něj týrání tělesné, které je podle zdravotní komise Rady Evropy (in Langmeier, Krejčířová, 2011) definováno jako tělesné ublížení dítěti nebo vědomé odmítnutí zabránit takovému ublížení. Zahrnuje tedy všechny aktivity, které ústí do fyzického poranění, poškození, zkrátka ublížení na zdraví nebo smrti dítěte, včetně používání nepřiměřených trestů. Není neobvyklé, že k napadení dítěte může dojít i během domácího násilí (většinou ze strany otce na matku).

Dále se sem řadí týrání emoční, které je charakterizováno vědomým psychickým ubližováním dítěti. Jeho podob je mnoho, obecně jej můžeme popsat jako chování, které má negativní dopad na citový vývoj, osobnost, sebehodnocení a interpersonální vztahy. Hart a Brassard (in Langmeier, Krejčířová, 2011) rozlišují pět subtypů psychického týrání – pohrdání, terorizování, izolování, korumpování a odpírání emoční podpory.

6.1.2 Zneužívání dítěte

Obecný princip zneužívání je spatřován ve využívání jiných lidí ke svému vlastnímu prospěchu. V souvislosti s dětmi můžeme hovořit o zneužívání k práci, proti kterému existují zákony na ochranu dětí a o ekonomickém zneužívání (dítě je nuceno ke krádežím, žebrání apod.). Velkou kapitolou je sexuální zneužívání. Za něj považujeme každé nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování, které vede především k uspokojování sexuálních potřeb zneuživatelé. Zahrnuje všechny aktivity se sexuálním podtextem, i ty, při nichž dítě na první pohled nestrádá. Může mít formu kontaktní, bezkontaktní a komerční (prostituce, pornografie) (Langmeier, Krejčířová, 2011).

O zneužívání můžeme mluvit i v případě manipulování s dítětem po rozvodu rodičů (nejčastěji popuzování proti druhému rodiči) nebo při přenášení rodičovských kompetencí na dítě (záměna rolí, nezletilé a nevyzrálé dítě se stará o sourozence a někdy i o rodiče) (tamtéž).

6.1.3 Zanedbávání dítěte

O zanedbávání mluvíme tehdy, není-li dítěti věnováno dostatek péče, což má za následek vážnou újmu ve vývoji dítěte nebo ohrožení v oblasti tělesné, duševní, citové a sociální. Patří sem tělesné zanedbávání (neuspokojování tělesných potřeb dítěte, nedostatek jídla a pití, hygieny, oblečení a přístřeší, lékařské péče, zanedbávání ochrany před nebezpečím i prevence), dále zanedbání citové (nejsou uspokojeny citové potřeby dítěte) a také zanedbání výchovy a vzdělání (např. nezajištění školní docházky a domácí přípravy do školy) a zanedbání dozoru (nezájem, kde dítě je a co dělá) (Langmeier, Krejčířová, 2011).

Zanedbávání může na psychický vývoj dítěte působit přímo nebo nepřímo a podle Gaudina (1996 in Langmeier, Krejčířová, 2011) je zanedbávání nejčastějším typem špatného zacházení s dětmi. Jedná se především o nezájem rodičů, kteří ignorují své děti. Podle Drakea a Pandeyové (1996, tamtéž) je v souvislosti se zanedbáváním zdůrazněna především ekonomická chudoba rodiny. Další autoři zase kladou důraz na psychický stav matky (přítomné zejména stavy deprese a stres) (Either, 1995, tamtéž).

6.1.4 Statistiky týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí

Podle statistiky Ministerstva vnitra a sociálních věcí (MPSV, 2015) se v roce 2014 odehrály v problematice týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí ve věkovém rozmezí 0 -18 let na území České republiky tyto události:

Tabulka 5: Statistiky týraných, zneužívaných zanedbávaných dětí (MPSV, 2015, s. 99)

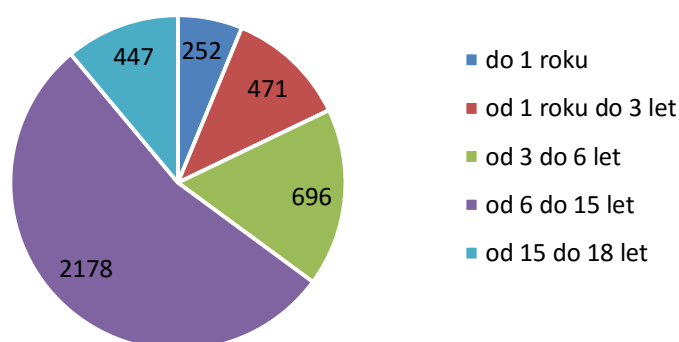
	Psychické týrání		Fyzické týrání		Zanedbávání dítěte	
	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Celkem	556	615	411	376	2875	2609
	Sexuální zneužívání		Dětská pornografie		Dětská prostituce	
	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Celkem	184	748	16	71	2	15

Celkově se tedy jednalo o následující počet případů, v grafech níže je dále znázorněn počet případů podle pohlaví s věkovým rozložením (obrázky 8, 9), na obrázku 10 potom z jakého sociálního prostředí dítě vycházelo:

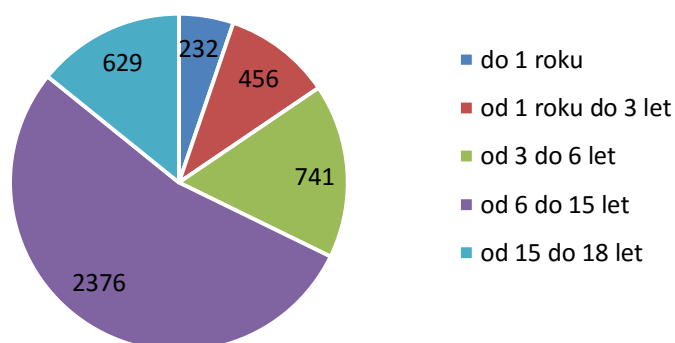
Tabulka 6: Statistiky týraných, zneužívaných zanedbávaných dětí celkem (MPSV, 2015, s. 99)

	<i>Chlapci</i>	<i>Dívky</i>
Celkový počet dle pohlaví	4044	4434
Celkový počet případů	8478	

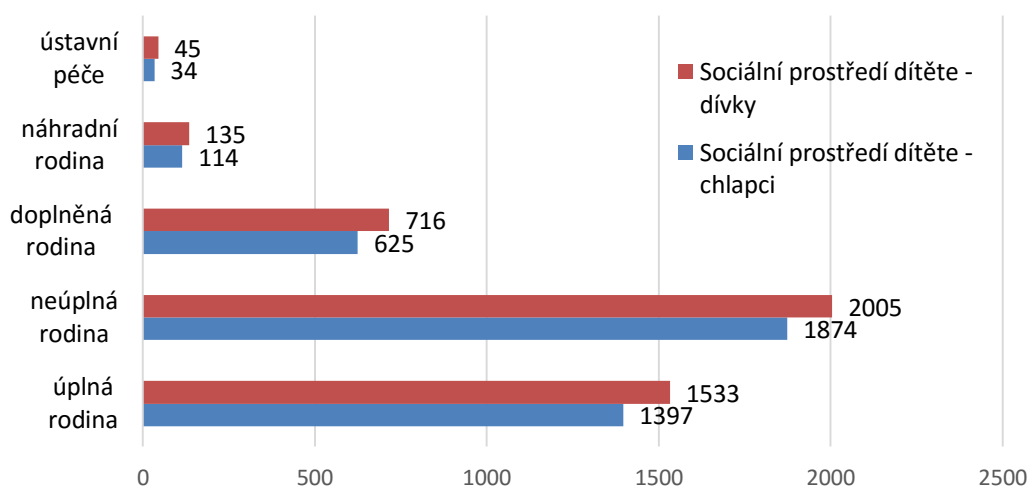
Obrázek 6: Věkové rozložení u chlapců



Obrázek 7: Věkové rozložení u dívek



Obrázek 8: Sociální prostředí dítěte



6.2 Psychická deprivace

Langmeier a Matějček (2011) definovali v roce 1963 psychickou deprivaci jako nedostatečné uspokojování základních psychických potřeb po určitou, dosti dlouhou dobu. Na základě Doporučení Rady Evropy z roku 1992 se však terminologicky zařadila pod pojem citového zanedbávání. Při psychické deprivaci zaznamenáváme dlouhodobý nedostatek uspokojení potřeby lásky, potřeby vřelého a intenzivního vztahu a absenci přiměřeného přísunu podnětů z prostředí. Uspokojení těchto potřeb je pro vývoj dítěte životně důležité. Pokud dítě vyrůstá v nepříznivých vnějších podmínkách, ale jeho emoční potřeby jsou saturovány, dopady nepříznivých vlivů mohou být i zanedbatelné. A naopak, pokud je dítě dokonale materiálně zajištěno a zabezpečeno, ale chybí mu projevy lásky a vřelosti od rodičů, mívá to na vývoj dítěte dalekosáhlé důsledky.

Mezi další druhy deprivace řadíme následující, výskyt některých z nich nebo všech dohromady vytváří stav psychické deprivace (Langmeier, Matějček, 2011):

- biologická – strádání v oblastech výživy, hygieny, tepla, zdravotnické péče;
- smyslová – nedostatek přísunu smyslových podnětů;
- motorická – nedostatek pohybu, soukromí a prostoru;
- sociální – ztráta mezilidských kontaktů, domova, identity;
- citová – neuspokojení potřeby lásky, přátelství, dotyku a jistoty.

6.3 Domácí násilí

Dalším nežádoucím jevem, který se v rodinách vyskytuje, je domácí násilí. To zahrnuje všechny formy fyzického, psychického, sexuálního, sociálního a ekonomického

násilí mezi jednotlivými členy rodiny. Není bohužel výjimkou, že děti bývají svědkem a někdy i nezamýšlenou obětí domácího násilí, což zpravidla vede k traumatizaci, jak bylo popsáno výše v kapitole Trauma u dětí.

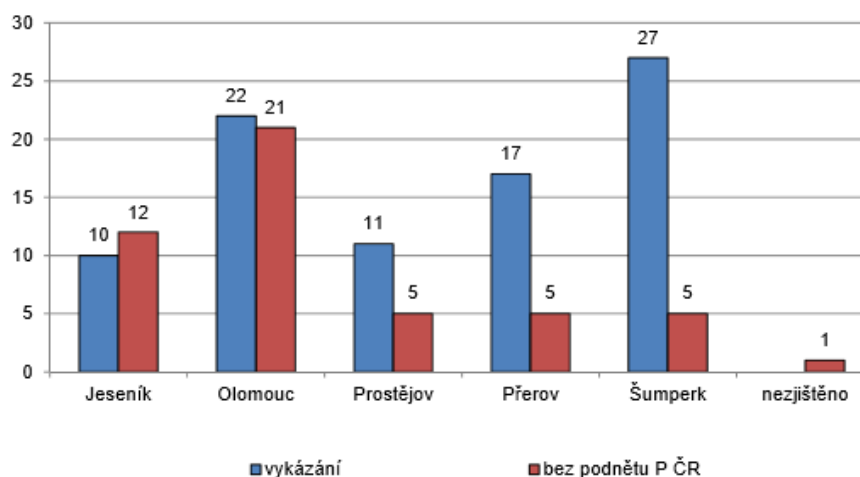
6.3.1 Domácí násilí v Olomouckém kraji

Podle výroční zprávy Střediska sociální prevence Olomouc za rok 2014 poskytlo Intervenční centrum Olomouc službu 143 osobám ohroženým sociálním násilím. V 87 případech došlo k vykázání za pomoci Policie ČR a ve 49 případech byla služba poskytnuta bez podnětu policie (Středisko sociální prevence Olomouc, 2. 2. 2016).

Nejčastějším typem domácího násilí bylo násilí partnerské, druhé nejčastější mezigenerační, v ostatních případech šlo v malém zastoupení o jiné typologie (např. násilí mezi sourozenci). Co do zastoupení podle pohlaví, službu využily častěji ženy (130 žen, 13 mužů). Tento trend zůstává podle SSP Olomouc neměnný od roku 2005. Co se týče věkového rozdělení, mezi uživateli služby dominovali lidé ve středním věku (z celkového počtu to bylo 111 osob mezi 27 a 65 lety).

Následující obrázek znázorňuje četnost případů v jednotlivých okresech Olomouckého kraje, z nichž největší byla zaznamenána na Šumperku:

Obrázek 9: (Středisko sociální prevence Olomouc, 2. 2. 2016, s. 8)



Za rok 2015 se podle statistiky vypracované Bílým kruhem bezpečí ve spolupráci s APIC ČR počet vykázání Policií ČR zvýšil a s celkovým počtem 109 případů je Olomoucký kraj v první pětici s nejvyšší četností domácího násilí. Reálný počet případů je však ještě vyšší, protože v tabulce jsou uvedeny pouze případy, kde došlo k vykázání ve spolupráci s policií (Bílý kruh bezpečí, Domácí násilí.cz, 2. 2. 2016).

7 Děti v náhradní rodinné péči nebo v ústavní a ochranné výchově

V následující části práce se budeme zabývat další problematikou, která se týká dětí a rodiny. Pokud z nějakých důvodů nejsou rodiče schopni nebo ochotni pečovat a vychovávat své dítě/ děti, je třeba předat tuto úlohu jiným osobám nebo institucím. Proto je zde možnost svěřit dítě do náhradní rodinné péče nebo vykonat opatření v rámci ústavní a ochranné výchovy. Jelikož se jedná o zákonem stanovené postupy, není v této kapitole variabilita zdrojů a naopak jsou informace převzaty z oficiálních stránek Ministerstva práce a sociálních věcí nebo Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, tak aby byly podány v souladu s danými zákony.

7.1 Náhradní rodinná péče

V této kapitole si uvedeme formy náhradní rodinné péče, které je možné provést v České republice. Ke každé formě bude přidán krátký popis a statistické údaje z ČR i ze světa.

Podle zákona O rodině č.94/1963 Sb. ze dne 4. 12. 1963, platného od 1. 4. 1964, existují tyto formy náhradní rodinné péče:

- svěření dítěte do péče jiné fyzické osoby než rodiče,
- pěstounská péče,
- poručenství, pokud poručník o dítě osobně pečuje,
- osvojení.

Z uvedeného se v teoretické části práci budeme věnovat pouze pěstounství. Důvodem je, že ostatní formy péče se nevztahují ke konkrétní výzkumné problematice. Pro zajímavost však u nich uvedeme některé statistické údaje.

Celkový počet dětí ve věku od 0 do 14 let k datu 31. 12. 2014 byl v Olomouckém kraji 94 898. Z toho se v náhradní rodinné péči nacházelo 983 dětí. Počet osob, které měly v Olomouckém kraji svěřeno alespoň jedno dítě do náhradní rodinné péče, bylo ke stejnému datu 1 038. V roce 2014 podáno celkem 65 žádostí o náhradní rodinnou péči a ke dni 31. 12. 2014 zůstalo dohromady 94 nevyřízených žádostí (MPSV, 2015).

Podle statistické ročenky MPSV bylo v Olomouckém kraji v roce 2014 umístěno do péče jiné fyzické osoby než rodiče celkem 67 dětí (MPSV, 2015).

Pro srovnání s počty dětí v náhradní rodinné péči v zahraničí je např. ve Spojených státech amerických statistický údaj k září 2013, který udává, že se ve „foster care“ nacházelo 402 378 dětí. K počtu 73, 6 milionů dětí do 17 let žijících v USA to tvoří tedy zhruba necelé procento dětí (Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 5. 3. 2016).

Tento údaj odpovídá přibližně i procentovému rozložení v České republice, kdy z počtu 1 601 405 dětí do 14 let se v náhradní rodinné péči nacházelo 17 530 dětí, tedy něco přes jedno procento (MPSV, 2015).

7.1.1 Pěstounská péče

Pokud dítě nemá zajištěnou péči a výchovu u svých rodičů, může být svěřeno do pěstounské péče, pokud to zájem dítěte vyžaduje. Vedle pěstounské péče existuje ještě forma předpěstounské péče a pěstounské péče na přechodnou dobu (vždy nejdéle na 1 rok, v případě sourozenců na 1 rok od přijetí posledního člena) (MPSV, 17. 2. 2016).

Stejně jako u svěření jiné fyzické osobě než rodič, i pěstoun má omezená práva a povinnosti. Není povinován např. vyživovací povinností a pokud není omezena rodičovská zodpovědnost, zastupuje a spravuje záležitosti dítěte jen v běžných věcech. Může se však soudně přít o rozhodnutí rodiče, které vyhodnotí jako neprospěšné pro dítě. Pro podrobné seznámení a dalšími právy a povinnostmi při výkonu pěstounské péče doporučujeme pro zájemce pročíst § 47a odst. 2 zákona o sociálně-právní ochraně dětí (tamtéž).

Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu a končí buď zletilostí dítěte nebo zrušením opět rozhodnutím soudu (ze závažných důvodů nebo vždy, když o to pěstoun požádá). Vyživovací povinnost připadá rodičům nebo jiným osobám určeným soudem, příspěvek se poukazuje příslušnému orgánu státní sociální podpory, který vyplácí pěstouny, nebo zletilému dítěti. Osoba, která má dítě v pěstounské péči (i v předpěstounské a na přechodnou dobu), má od státu nárok na dávky, které upravuje zákon o sociálně právní ochraně dětí (tamtéž).

Podle statistické ročenky MPSV (2015) se v Olomouckém kraji dostalo za rok 2014 celkem 23 dětí do předpěstounské péče, celkem 135 dětí do pěstounské péče a celkem 28 dětí do pěstounské péče na přechodnou dobu. Za rok 2014 přibylo v Olomouckém kraji

celkem 88 pěstounů, poručníků nebo jiných pečujících osob a celkový počet pěstounů ke dni 31. 12. 2014 čítal dohromady 1038 osob.

7.2 Ústavní a ochranná výchova

Ústavní a ochrannou výchovu má, na rozdíl od náhradní rodinné péče, pod správou Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovu a konkrétně ji stanovuje zákonem č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů ze dne 5. února 2002 a platného od 1. července 2002 (MŠMT, 18. 2. 2016).

7.2.1 Ochranná výchova

Ochranná výchova je jedním z ochranných opatření, vedle ochranného léčení, zabezpečovací detence a zabránění věci, a řeší ji soudnictví ve věcech mládeže (§ 22 – §23) v případech, kdy nepostačuje uložení ústavní výchovy (tzn. v případech, kdy rodina o mladistvého nedostatečně pečuje a problém s absencí řádné výchovy nelze odstranit; když byla výchova mladistvého zanedbána; životní prostředí mladistvého je nevhodné a neposkytuje záruku řádné výchovy). Trvá po dobu uloženou soudem a nejdéle do završení plnoletosti dítěte, výjimečně do 19 let dané osoby. Při nemožnosti vykonávat ochranou výchovu hned nařizuje soud dohled probačního úředníka. Cílem ochranné výchovy je prevence, izolace a resocializace dítěte, které se dopustilo společensky nebezpečného činu (Zákon č. 109/2002 Sb.)

Ochranná výchova je vykonávána v následujících typech zařízení:

- diagnostický ústav,
- dětský domov se školou (dříve tzv. výchovný ústav; osoby starší 12 a mladší 15 let),
- výchovný ústav pro mládež (osoby starší 15 let) (tamtéž).

V Olomouckém kraji byly za rok 2014 umístěny celkem 2 děti s uloženou ochrannou výchovou a k 31. 12. 2014 čítal celkový počet dětí v ochranné výchově 10 případů (MPSV, 2015).

7.2.2 Ústavní výchova

Ústavní výchovu nařizuje také soud (podle § 45 zákona o rodině), ale je brána jako krajní výchovné řešení, tedy pokud je výchova dítěte vážně ohrožena nebo narušena a jiná výchovná opatření a jiné prostředky společenského působení buď nevedly k nápravě, nebo rodiče nemohou ze závažných důvodů výchovu dítěte zabezpečit (AION, Zákony pro lidi.cz, 11. 2. 2016).

Ústavní výchovu chápeme jako preventivně výchovně účelnou a jejím vykonáním se zajišťuje každému dítěti právo na výchovu a vzdělání a také harmonický rozvoj s ohledem na věk a potřeby dítěte. Tzn., že se v co nejlepším zájmu pro dítě vytváří podmínky podporující jeho sebedůvěru, rozvíjející jeho citovou stránku a osobnost a zároveň se tak umožňuje dítěti aktivní účast ve společnosti. Díky takovému zacházení a působení se preventivně předchází vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte, narušení jeho zdravého vývoje nebo zmírnění a odstranění příčin či důsledků již existujících poruch chování.

Ústavní výchova končí zletilostí dítěte nebo výjimečně v 19 letech dané osoby. Na jejím řešení se podílí ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo školství a také ministerstvo práce a sociálních věcí. Spadají pod ní tato zařízení (Středisko náhradní rodinné péče, 18. 2. 2016):

- kojenecký ústav a dětský domov pro děti do 3 let,
- diagnostický ústav,
- dětský domov – pro děti od 3 do 18 let,
- dětský domov se školou,
- výchovný ústav pro mládež,
- středisko výchovné péče,
- domov pro děti se zdravotním postižením,
- zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (Klokánky apod.).

Počet umístěných dětí s nařízenou ústavní výchovou v roce 2014 v Olomouckém kraji byl celkem 71 případů a k 31. 12. 2014 se v nařízené ústavní výchově nacházelo celkem 371 dětí (MPSV, 2015).

7.2.3 Rozdíly mezi ochrannou a ústavní výchovou

Hlavní rozdíl mezi oběma formami je v daných omezeních a přísnosti výchovy. Ochranná výchova je určena těm mladistvým, kteří vykazují nějaké znaky protiprávního

chování, kdežto ústavní výchova je určena dětem, které nebyly řádně vychovávány ve vlastní rodině, ale nejevily se u nich známky protiprávního chování. Důvodem umístění je spíše závadné rodinné prostředí. Dítě v ochranné výchově může být při úspěšné převýchově převedena na ústavní výchovu. Dalším rozdílem z hlediska práva je, že ústavní výchovu nařizuje soud v občanskoprávním řízení a ochrannou výchovu v trestním řízení (Středisko náhradní rodinné péče, 18. 2. 2016).

7.2.4 Ochranná a ústavní výchova v číslech ve světě

Za rok 2014 bylo v České republice celkem 1787 dětí s nařízenou ústavní výchovou a celkem 32 dětí s uloženou ochranou výchovou. To je dohromady 1819 případů (MPSV, 18. 2. 2016).

Pro porovnání toho čísla uvedme počty případů v dalších zemích Evropy. Např. v Řecku bylo podle Opening Doors For Europe's Children (18. 2. 2016) ve stejném roce v ústavní a ochranné výchově 2825 dětí a mladistvých. V Maďarsku v roce 2011 byl počet takových dětí nebo mladistvých 8254. Na Ukrajině počet dětí v péči institucí v roce 2014 dokonce přesahoval 70 tisíc, i když tento počet zahrnuje rovněž děti v náhradní rodinné péči. V Bulharsku za období mezi lety 2011 a 2014 žilo v ochranných nebo výchovných ústavech 3505 dětí.

8 Rizikové chování u dětí

V předchozích kapitolách jsme se věnovali takovým problematikám, ve kterých je dítě nějakým způsobem ohroženo vnějšími vlivy nebo zasaženo něčím, co nemá v moci změnit. Nicméně dalším tématem je, když dítě samotné vykazuje známky nějakého nevhodného nebo nežádoucího chování, na kterém má svůj vědomý podíl. I to může mít samozřejmě kořeny ve špatných životních podmínkách, chybějících výchovných vzorech apod., někdy však nemusí. V následující velké kapitole si představíme formy rizikového a antisociálního chování u dětí, včetně statistických a prevalenčních údajů pro Českou republiku.

Kromě popisů rizikového chování můžeme u dětí diagnostikovat také poruchy chování (F91 v MKN - 10), které jsou charakteristické opakujícím se obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Toto chování musí být trvalé (nejedná se tedy o ojedinělé kriminální či disociální činy) a mělo by porušovat sociální očekávání přiměřené věku (je tedy závažnější než obyčejná dětská nezbednost či rebelantství v adolescenci). Můžeme rozlišit konkrétně tyto poruchy chování (WHO, 2009):

- porucha chování ve vztahu k rodině
- nesocializovaná porucha chování
- socializovaná porucha chování
- porucha opozičního vzdoru

Každá se odlišuje v diagnostických kritériích a také u nich můžeme rozlišovat odhad dobré a špatné prognózy.

8.1 Terminologie rizikové chování a jeho formy

Kdybychom chtěli definovat rizikové chování, mohli bychom v literatuře najít řadu různých označení (delikventní, antisociální, problémové, asociální, disociální), které se k dále popsané tématice vztahují. Dnes je však termín rizikové chování poměrně vžitý a někteří jej chápou jako nadřazený k ostatním pojmům (např. Nielsen Sobotková, 2014). Samotné rizikové chování je potom vykládáno jako takové chování, které má přímý nebo nepřímý dopad vedoucí k psychosociálnímu nebo zdravotnímu poškození jedince, jiných osob, majetku nebo prostředí.

Dolejš (2010. s. 9) rizikové chování definuje podobně, a sice jako takové „chování jedince nebo skupiny, které zapříčiňuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických,

zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, pro jeho okolí a/nebo pro společnost“.

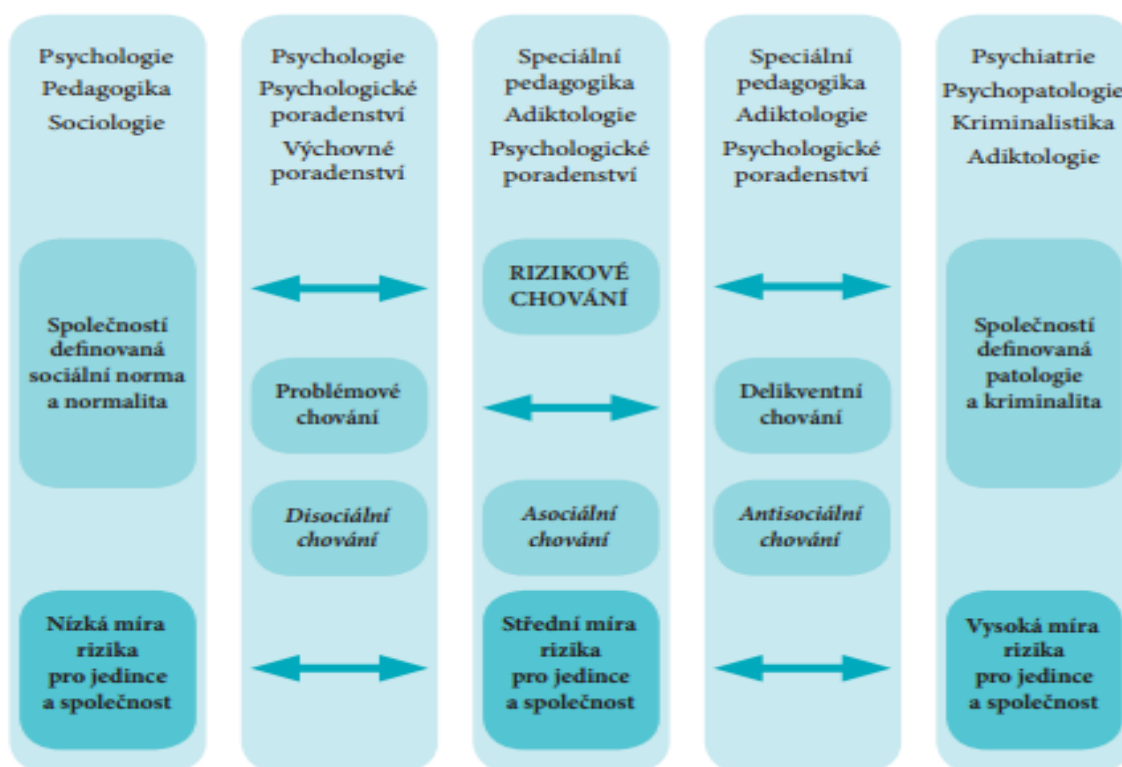
Miovský (2012, s. 27) do rizikového chování zahrnuje všechny formy chování, „které mají negativní dopady na zdraví, sociální nebo psychologické fungování jedince a/nebo ohrožují jeho sociální okolí, přičemž ohrožení může být reálné nebo předpokládané“.

Mezi formy rizikového chování řadíme následující:

- záškoláctví,
- lhaní,
- agresivita a agresivní chování,
- šikana, kyberšikana a násilné chování;
- obecné kriminální jednání (zejména krádeže);
- vandalismus,
- závislostní chování,
- rizikové chování na internetu,
- rizikové sexuální chování,
- rizikové chování v dopravě,
- extrémně rizikové sporty, hazardní aktivity;
- užívání anabolik a steroidů,
- nezdravé stravovací návyky, extremismus,
- xenofobie, rasismus, intolerance, antisemitismus (Nielsen Sobotková, 2014).

Dolejš pro problematiku terminologie vytvořil schéma, které znázorňuje obsahové překryvy názvů pro dnes nejužívanější pojem rizikové chování, a které ukazuje seřazení podle závažnosti činů, které pod tato označení spadají.

Obrázek 10: Vymezení pojmu rizikové chování (Dolejš, 2010, s. 21).



Je důležité zmínit, že uvedené formy rizikového chování mají sice negativní vliv, tak jak popisují definice, ale na druhou stranu jsou v určité míře normální součástí lidského dospívání. Patří k vývojovým potřebám dítěte a proto jejich výskyt v typických obdobích života je nutno brát s ohledem na tuto normu. Nicméně i tak je třeba věnovat i menším projevům rizikového chování pozornost, právě aby se nestaly jedincovou normou (Bonino, Cattelino, Ciairano, 2005).

8.2 Výzkumy a prevalence rizikového chování

Rizikové chování bylo v posledních letech výzkumně prošetřeno (v České republice např. Dolejš a Skopal in Dolejš a kol. 2014) a byly nacházeny souvislosti mezi různými osobnostními rysy adolescentů a projevy rizikového chování. Pro zájemce o tuto problematiku doporučujeme publikaci Dolejše, Skopala a Suché (2014) s názvem *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů* nebo Dolejšovu publikaci z roku 2010 *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*.

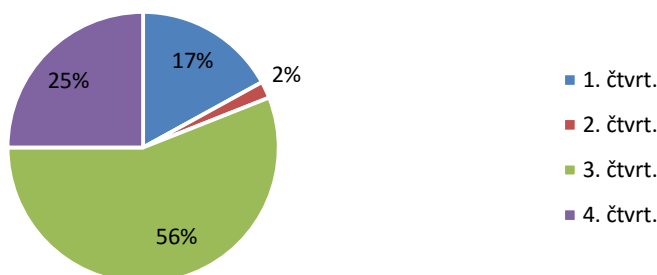
Jiný rozsáhlý výzkum proběhl v kolektivu Nielsen Sobotkové (2014), který byl zapojen do mezinárodního projektu SAHA (The Social And Health Assessment). Projekt

SAHA se také zabýval protektivními a rizikovými faktory sociálního a zdravotního vývoje školní mládeže a mapoval je za pomoci širokého dotazníkového průzkumu.

Některé závěry z tohoto výzkumu jsou takové:

- výsledky výzkumu na dětské populaci České republiky odpovídají v prevalenci i struktuře zahraničním výzkumům,
- nejvyšší prevalence byla zjištěna u agresivních forem chování a u užívání psychotropních látek
- množství fyzických soubojů a další typy násilného chování (včetně poranění druhé osoby) je u českých dospívajících častější u chlapců, prevalence 10 – 20 %, což převyšuje údaje získané v zahraničí,
- z výzkumu vyplynulo, že lze identifikovat 4 typy adolescentů podle různé míry antisociálního chování:

Obrázek 11: Procentuální zastoupení čtyř typů adolescentů s různou mírou antisociálního chování



1. typ: adolescenti s nízkou mírou antisociálního chování (všech typů antisociálního chování se dopouštějí v průměru méně než jedno ročně)
2. typ: u adolescentů je patrná vyšší míra antisociálního chování co do četnosti, v průměru 3x více se „pustili do rvačky“
3. typ: nejvyšší míra všech antisociálních projevů s opakovaným výskytem
4. typ: mírně zvýšené problémové chování

- s narůstající mírou antisociálního chování adolescentů roste i počet jejich kontaktů s vrstevníky, pro který je typický abúzus návykových látek a delikventní chování,
- neexistuje statistická významnost mezi mírou antisociálního chování a kvalitou důvěrných vztahů,
- mezi typy téměř není rozdílů v demografických faktorech (kontextu rodiny), které se obecně považují za rizikové,
- významný rozdíl byl nalezen pouze v souvislosti mezi typem 3 (vysoce problémoví jedinci) a nezaměstnaností jejich rodičů,
- typy se liší převážně z hlediska uplatňované výchovy – tj. ze složek konzistence výchovy, rodičovská vřelost, rodičovský zájem a rodičovská kontrola;
- s vysokou mírou antisociálního chování adolescentů souvisí vyrůstání v rodině s nejistou, nevyrovnanou a nedůslednou výchovou, bez pocitu zájmu ze strany rodičů;

- adolescenti, kteří často lžou (typ 4) zažívají nejméně konzistentní výchovu (konzistentní výchova je chápána ve smyslu nejasných hranic a pravidel i rodičovské zpětné vazby),
- závěrečným posláním výzkumu je doporučení, že preventivní a intervenční programy by měly být směřovány již na děti mladšího školního věku před dosažením 11 let, a orientovány zejména na chlapce.

Zájem výzkumníků o téma rizikového chování zároveň naznačuje důležitost této problematiky. Mapování a následná orientace v ní umožňuje včasnou a efektivní prevenci a přispívá tedy k lepšímu fungování jedince i společnosti.

Prevalenční údaje jsou u rizikového chování udávány ne za celek, ale podle formy chování. Zájemce opět odkazujeme na práci Dolejše (viz reference Dolejš a kol., 2014). Dolejš s kolektivem autorů také ve svém výzkumu pomocí statistických metod zjistili, že existuje osobnostní faktor, který označili termínem „rizikovost“. Ten je manifestován právě různými formami rizikového chování. Má však i latentní podobu, ve které je součástí osobnostních rysů a projevuje se určitými charakteristikami. Autoři popsali adolescenta s faktorem rizikovosti následovně:

„Adolescent je nerozvážný, nedomýšlí důsledky svého chování, činy jsou realizovány se značnou energií a bez zábran. Častěji se u těchto jedinců objevuje vztek, hněv, hádavost. Jedinec podezírá své blízké a vzdálené okolí, navazuje destruktivní vztahy a je v konfliktu s druhými. V komunikaci je agresivnější, bezcitný a cynický. Nerad spolupracuje s ostatními při realizaci dlouhodobých úkolů. Jedinec trpí sníženou sebekontrolou, impulzivitou a poruchami pozornosti. Adolescent se vyhýbá povinnostem, selhává při dosahování cílů, revoltuje proti normám a snaží se být nezávislý na rodičích“ (Dolejš a kol., 2014, s. 32).

9 Výzkumný problém, cíle práce a výzkumné otázky

Následujícími kapitolami přecházíme k výzkumné části diplomové práce. Nejprve čtenáře seznámíme s výzkumným problémem, s cíli práce a s výzkumnými otázkami.

9.1 Výzkumný problém

Nápad na výzkumný problém ze všeho nejdříve vyvstal z osobní zkušenosti autorky. Již třetím rokem působí jako dobrovolnice v Rodinném centru U Mloka (dále RCUM) a při rozhovorech s pracovníky zjistila, že by zde byl možný prostor pro provedení výzkumu pro její diplomovou práci a že by takový záměr mohl být oboustranně prospěšný. Výzkumný problém byl pak konkrétně definován na základě domluvy s vedoucí RCUM, která si přála zjistit, kdo služby RCUM potřebuje. Tento návrh byl dále rozebrán a upraven při ohniskové skupině, které se zúčastnili zaměstnanci RCUM, vedoucí této diplomové práce, jeho doktorandka, kterou téma oslovilo díky vlastním výzkumným záměrům, a diplomantka – autorka této práce.

Při ohniskové skupině (osobní sdělení, 17. 2. 2015) bylo dohodnuto, že diplomantka provede výzkum, kterým zanalyzuje klientelu využívající služeb RCUM za roky 2014 – 2015. Zjistí se tím, jací lidé a jakým způsobem vyhledávají nabízenou službu, systematicky se rozčlení získané informace a bude se tak moci vytvořit přehled typických zakázek i častých nebo zvláštních případů. Díky dalšímu zpracování dat se také vytvoří modelové příklady, které budou odrážet realitu a skutečné životní příběhy klientů a budou mít proto potenciál prevence. Způsob práce s klienty v RCUM považujeme za indikovanou prevenci, tak, jak byla popsána v teoretické části. Díky nově získaným informacím vycházejících z této práce se budou moci včas zachytit určité varovné příznaky a rizikové faktory u dětí, zejména ze strany rodičů a pedagogických pracovníků, a začít včasné intervenovat a předcházet tak neblahým dopadům na dítě i na jeho okolí.

Proč je důležité provádět indikovanou prevenci a včasnou intervenci jsme vysvětlili v teoretické části, reálnost a hrozbu uvedené problematiky potvrdily i četné výzkumy a statistická fakta z České republiky i ze světa.

9.2 Cíle práce

Ve své diplomové práci si kladu následující cíle:

- zmapovat problémy klientů RCUM v širším kontextu jejich případů,
- vytvořit systematický přehled typických zakázek a méně častých zakázek,
- vyjmenovat explicitně skupinu zjištěných ohrožujících a rizikových faktorů,
- najít a popsat souvislosti mezi zjištěními jevy,
- získané výsledky představit na konkrétních kazuistikách.

9.3 Výzkumné otázky

Z popsaného výzkumného problému a vytyčených výzkumných cílů jsme si stanovili čtyři výzkumné otázky.

- VO1: Jaké jevy se co do četnosti nejčastěji vyskytují u uživatelů služby RCUM?
- VO2: Jaké jevy se vyskytují pohromadě?
- VO3: Jaké společné skutečnosti se objevují v anamnéze klientů s nalezenými podobnostmi?
- VO4: Jaký je vztah mezi nalezenými typy jevů?

10 Popis zvoleného metodologického rámce a metod

V této kapitole bude popsáno, jak výzkum probíhal a představen jeho metodologický rámec.

10.1 Zvolený typ výzkumu

Vzhledem k povaze zkoumané cílové skupiny byl zvolen smíšený typ výzkumu s těžištěm v kvalitativním uchopení. Jde o kombinaci případových studií a obsahové analýzy dokumentů. Výzkumná práce v RCUM dávala prostor pro zmapování problematiky, které ve shodě s posláním kvalitativního výzkumu umožňovalo hlubší vhled a následné porozumění dané problematice. Metody získávání i zpracování dat měly kvalitativní povahu, nicméně byly využity i metody kvantitativní a při analýze také statistické zpracování dat, díky kterému mohl vzniknout systematický přehled, což byl jeden z výzkumných cílů.

10.2 Metody získávání dat

K získání dat pro výzkumné účely bylo využito následujících metod:

- ohnisková skupina,
- strukturovaný dotazník,
- polostrukturovaný rozhovor,
- obsahová analýza dokumentů.

Během spolupráce s RCUM se uskutečnily celkem dvě ohniskové skupiny a čtyři individuální sezení s dvěma různými pracovníky RCUM, kteří jsou přímými garanty rodin (zkoumané klientely). Jako zdroj informací je třeba zdůraznit právě tyto pracovníky, kteří dle domluvy předávali informace z dokumentace RCUM, takže nasbíraný materiál byl vhodný k obsahové analýze dokumentů. Také se skrze rozhovory s nimi získaly odborné poznatky, které zachovávaly citlivost jednotlivých případů a umožňovaly hlubší porozumění problematice a kvalitativní rámec výzkumu.

V dalších podkapitolách se krátce vyjádříme ke každé ze zmíněných metod získávání dat, kromě obsahové analýzy dokumentů, která se prolínala celým procesem získávání dat. Tento podíl však bude u každé z metod uveden.

10.2.1 Ohnisková skupina

První ohnisková skupina proběhla v únoru roku 2015, druhá v dubnu téhož roku. Obou ohniskových skupin se účastnila autorka této diplomové práce, vedoucí práce, jeho doktorandka a zaměstnanci RCUM v různém počtu (v únoru vedoucí RCUM a jedna pracovnice, v dubnu vedoucí RCUM a dva pracovníci).

První ohnisková skupina byla nestrukturovaná a jejím moderátorem byl vedoucí diplomové práce. Proběhla 17. 2. 2015, byla na ní domluvena spolupráce na výzkumu a vyjasněna vzájemná očekávání. Vedoucí RCUM výzkumnému týmu představila službu a její běžný chod. Z první ohniskové skupiny byl také vytěžen materiál pro první obsahovou analýzu a důležité informace pro přípravu k další spolupráci (potažmo druhou ohniskovou skupinu). Významné položky týkající se zkoumané problematiky získané obsahovou analýzou budou prezentovány v kapitole 11.

Na druhé ohniskové skupině, konané 1. 4. 2015, se ujasnily metody sběru dat a etická stránka výzkumu, výzkumný tým byl také seznámen s vnitřními materiály RCUM a systémem práce s klienty. Po domluvě s ředitelkou spolku P-centrum, jehož je RCUM součástí, se také rozhodlo, že diplomantce bude poskytnuta tabulka z interní dokumentace RCUM, která obsahuje údaje o klientech:

- jména a roky narození rodičů i dětí,
- město, kde rodina žije,
- nástup do služby a případně datum ukončení,
- vstupní problém,
- zdali má dítě diagnózu ADHD nebo SPU,
- jaké aktivity z nabízených RCUM využívá,
- kdo klienty doporučil,
- s jakými dalšími službami nebo institucemi se spolupracuje,
- jaký garant byl rodině přidělen ze zaměstnanců RCUM,
- soukromé hodnocení posunu rodiny, dítěte a dospělého prováděné garantem.

Kromě jmen a příjmení dětských i dospělých klientů byly všechny tyto údaje diplomantce dostupné, k identifikaci klientů byla využita čísla z programu panoramix, se kterým RCUM vnitřně pracuje. Každému dětskému klientu je v panoramixu přidělen jedinečný kód sloužící k evidenci, jen výjimečně je jeden kód pro sourozence, ale zpravidla i každý ze sourozenců má kód vlastní.

Také byl pracovníky RCUM vytvořen a předán dokument, který shrnoval možné typy zakázek a potíží, pro které klienti vyhledávají službu, a to z hlediska školy, rodičů i pracovníků RCUM. Tento dokument obsahoval významné položky, které byly využity při obsahové analýze a při tvorbě dotazníku, sloužícího pro tento konkrétní výzkumný záměr.

10.2.2 Dotazník

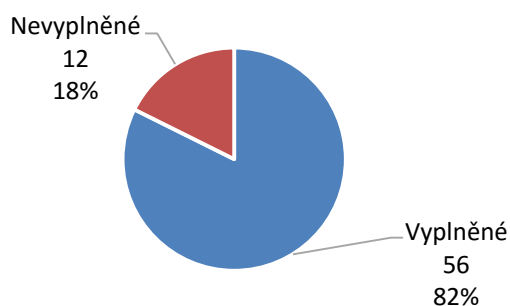
Na základě obsahové analýzy dokumentu vytvořeného pracovníky RCUM (předaného na druhé ohniskové skupině) byl diplomantkou vytvořen jeden dotazník o 55 položkách. Sloužil zejména jako podpora k rozhovorům a k zachycení důležitých údajů vztahujících se k problémům dítěte ve škole a k jeho rodinnému prostředí.

Dotazník byl tedy koncipován na odpovědi ve formě ano – ne, tak aby ilustroval skutečnost, jestli se určitý jev v případě klienta vyskytuje nebo nevyskytuje. Kompletní dotazník je k nahlédnutí v příloze č. 3.

Z 68 klientů byl dotazník vyplněn u 56 klientů. Tj. celkově 12 případů, kdy nebyl dotazník vyplněn.

Důvody k nevyplnění byly vždy ze strany garanta rodiny, který nepovažoval vyplnění dotazníku za relevantní. Příčinou byl velmi nízký nebo zcela chybějící kontakt s dítětem a z toho plynoucí neznalost odpovědí na otázky v dotazníku. Absence kontaktu byla u takových klientů, kde hlavní podporu a pomoc vyžadovali rodiče nebo pěstouni kvůli vlastním potížím.

Obrázek 12: Vyplněnost dotazníků u 68 klientů.



Zde je však počet vyplněných a nevyplněných dotazníků uveden pouze k účelu seznámení se s procesem. Vzhledem ke skutečnosti, že dotazník sloužil pouze jako podpora k rozhovorům a že ke každému případu existovaly další soubory informací, není na tento rozdíl brán dále zřetel. Ve výzkumu nebyl využit žádný jiný nebo standardizovaný dotazník.

10.2.3 Rozhovor

Pro účely sběru dat se uskutečnily celkem čtyři několikahodinové rozhovory s dvěma pracovníky RCUM (s každým zvlášť). Jako garanti rodin poskytli tito pracovníci informace o klientech formou polostrukturovaných rozhovorů a také, podle domluvy etického přístupu, zprostředkovali výzkumníci určitá data z vnitřní dokumentace RCUM. Polostrukturované rozhovory se zaměřovaly v jádru na sociální anamnézu dítěte a dotýkaly se těchto témat:

- současný stav rodiny,
- minulost rodiny,
- závažné události v životě dítěte,
- vyjádření o rodičích dítěte,
- jak se dítěti daří ve škole,
- osobnostní projevy dítěte,
- chování dítěte doma a ve škole,
- průběh spolupráce s RCUM,
- ne/přítomnost diagnózy,
- spolupráce s jinými institucemi.

Díky rozhovorům vznikl ke každému klientu soupis informací vytažených z jeho sociální anamnézy a také odborné poznatky ke klientovi a jeho rodině ze strany garanta. Vznikla tak série jednotlivých případových studií a stěžejní materiál pro obsahovou analýzu dokumentů. Již během rozhovorů průběžně docházelo ke kódování některých dat. K ukázkám z těchto zápisů a některým konkrétním anamnézám se vrátíme v kapitole o výsledcích výzkumu.

10.3 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla dále zpracována a připravena k analýze. Proces, včetně přípravy dat, bude popsán v této kapitole.

10.3.1.1 Data management

K fixaci dat byl u ohniskových skupin i u rozhovorů využit audiozáznam. Z rozhovorů byla nadále autorkou provedena transkripce. Textová povaha dat dále umožňovala kódování pomocí obsahové analýzy dokumentů.

V rámci data managementu je třeba také zmínit proces kvantifikace kódů získaných při rozhovorech a z dotazníků. Všechny získané informace byly zaneseny do excelové

tabulky a u klientů byl zaznamenán výskyt nebo absence jevu pomocí standardních matematických ukazatelů, kdy 1 znamená výskyt a 0 absenci jevu.

Podrobný proces kódování bude popsán v následující kapitole.

10.3.2 Obsahová analýza dokumentů

Pro obsahovou analýzu existovalo celkem pět druhů materiálů:

- zápisy z ohniskových skupin,
- dokument vytvořený pracovníky RCUM,
- tabulka přehledu klientů,
- přepisy rozhovorů,
- vyplněné dotazníky.

Proces obsahové analýzy zápisů z ohniskových skupin a dokumentu vytvořeného pracovníky RCUM jsme nastínili výše. Pro shrnutí připomeneme, že výsledky vedly k vytvoření dotazníku a k základní orientaci ve zkoumané problematice.

Důležitým materiálem byla tabulka, která přehledně sdružovala informace o klientech RCUM (kapitola 9.2.1). Doplněovala zejména fakta o klientech (jako věk, doba ve službě, využívané aktivity apod.) a také zachycovala některé zajímavé poznámky k případu ze strany garanta rodiny:

„...psychický stav otce – deprese; podezření na užívání návykových látek; podpora v rámci probíhajícího soudu; nasměrování matky na přesnou diagnostiku dítěte – podezření na Aspergerův syndrom; strach z plavání...“

Také byly z tabulky zjištěny počty dětí, které využívají nabízené programy (doučování, Pět P, Klub) a počty zájemců. Z uvedeného je patrné, že poptávka převyšuje nabídku. Na Klub chodilo ve sledovaném období 22 dětí a 3 děti měly zájem. Doučování využívalo 24 dětí a čekalo na něj 11 zájemců. Kamaráda Pět P mělo 8 dětí a 11 dětí na přidělení čekalo.

Klíčový materiál však vznikl během získávání dat pomocí rozhovorů a při následném zpracování jejich přepisů. Konečný materiál tvořilo tedy celkem 68 menších případových studií (anamnézy každého klienta ze souboru), které nahrazovaly dokumentaci o klientech.

Každý případ byl posouzen zvlášť a byla u něho zachycena tzv. klíčová slova.

*„...Kluk **nemá moc kamarády, nezapadne do skupiny, začal chodit na kluby, ale chodil velmi krátkou dobu. Vypozorovala se absence hranic, na něco chybí a něco příliš pevné.***

Otec se setkává se synem jednou za 14 dní, ale nemají moc dobrý vztah. Spíše problémy s chováním... “

„Doporučení OSPODu, pěstounská rodina (nyní v péči střídavě u starší sestry a tety). Matka bezdomovkyně, zbavená rodičovské odpovědnosti, neví se, kde je. Holka hodně deprivovaná. V minulosti po odebrání matce byla nějaký čas v péči u otce, ale jeho přítelkyně dítě psychicky týrala. Vzala si ji potom sestra, ale měla příliš pevné hranice (sestra byla možná ještě více deprivovaná).“

Všechna klíčová slova, rozdílná pro každý případ (celkově v počtu okolo čtyř set), byla seskupena a podrobena další analýze, ze které vznikly kódy. Kódy představovaly sjednocené pojmenování rozličných klíčových slov, tak, aby zároveň co nejvíce uchovaly původní význam slov a citlivost dat.

„pěstounka babička, pěstounská rodina...“ – kód **pěstounství**

„je na matce závislý, přílišná fixace dcery na babičku...“ – kód **fixace na dospělého**

„matka má schizofrenii, u matky deprese...“ – kód **psychiatrická diagnóza v rodině**

V prvotním kódování vzniklo 94 kódů, které stále ještě zachovávaly některé jedinečné aspekty vztahující se k případu. Finálními úpravami, které zahrnovaly opakovaná zkoumání všech kódů, mnohá hledání podobností a rozdílů, bylo z původního počtu 94 kódů ponecháno celkem 64 kódů.

Např. kód *otec ve výkonu trestu a matka ve výkonu trestu* se sloučil v jeden kód – **rodič ve výkonu trestu**. Kód *Žárlivost na sourozence* se zařadil pod jednotný kód **špatný vztah se sourozencem**. Původně samostatné kódy týkající se zdravotního stavu dítěte byly zakódovány jako **zdravotní problémy dítěte**. Některé kódy byly však natolik jedinečné (např. kód **sexuální zneužívání, agresor šikany**) – kvůli specifickým informacím z klientovy anamnézy – že se objevovaly i ve velmi nízkých četnostech. Aby byla co nejvíce uchována reálná podoba dat, byly jednočetné kódy zachovány.

Tyto zredukované kódy byly potom zpětně přiděleny ke každému případu, tak aby odpovídaly anamnestickým údajům, ale zároveň mohly sloužit výzkumným účelům. Kódy byly tímto procesem připraveny ke kvantifikaci dat a případnému statistickému zpracování, kde jsou označovány jako proměnné. Pokud nebude uvedeno jinak, v textu je pojmenováním proměnná myšlen právě kód přidělený klientovi.

V dané fázi výzkumu existovaly dva druhy dat ke každému případu. Ke všem kódy z obsahové analýzy dokumentace (z rozhovorů) a k většině případů informace získané dotazníkem. Proto dalším krokem bylo kódování dotazníkových dat.

Díky poměrně jednoznačnému pojmenování položek v dotazníku bylo třeba pouze několik úprav. Z 55 položek tak vzniklo dalších 46 samostatných kódů.

Např. *šikana, oběť šikany a agresor šikany* – ponechány byly pouze konkrétní kódy **oběť šikany** a **agresor šikany**. Ze samostatných položek *skryté záškoláctví* a *záškoláctví* byl stvořen společný kód **skryté záškoláctví / záškoláctví**.

V konečné fázi kódování dat existovalo dohromady tedy 110 kódů (proměnných) a započala se fáze kvantifikace dat.

Kódy byly zaneseny do excelové tabulky a u každého klienta / případu byla vyznačena přítomnost (symbol 1) nebo absence (symbol 0) daného kódu v anamnéze klienta. Vznikla datová matice o rozměrech 68 případů x 110 proměnných, která přehledně zobrazovala, jaké kódy jsou přiděleny u konkrétního klienta. Ukázka z ní je v příloze č. 4.

Dalším krokem byla nová obsahová analýza všech 110 kódů. Jejím účelem bylo vytvoření jádrových kategorií, které byly nadřazené vždy skupince proměnných. Tyto jádrové kategorie představovaly každá tematický celek odpovídající nějaké problematice. Byly určeny na základě odborného odhadu získaného z teoretických znalostí.

Např. kódy *nepodnětné domácí prostředí, nízké vzdělání rodiče, drogová závislost v rodině* spadaly do jádrové kategorie **faktory rodinného prostředí**. Kódy *pere se, nerespektuje školní řád, výchovné problémy doma* byly zařazeny do jádrové kategorie **rizikové chování dítěte**.

Všechny jádrové kategorie a příslušné kódy budou prezentovány v kapitole výsledků výzkumu. Dělení kódů do jádrových kategorií umožnilo přehlednější zpracování a prezentaci výsledků. Celkem bylo vypracováno sedm jádrových kategorií. Některé kódy však nešlo tematicky zařadit pod žádnou z existujících jádrových kategorií. Byla to převážně samostatná fakta, která se vztahovala k případu (např. **pěstounství, diagnóza ADHD**). Jelikož však byly tyto kódy důležité pro další zpracování, ponechali jsme je zvlášť. Budou představeny společně s jádrovými kategoriemi v samostatné kapitole. Žádný kód se nepřekrýval a byl obsažen vždy jednou jen v jedné jádrové kategorii.

Co se týče kvantifikace dat, sedm jádrových kategorií mohlo také představovat škálu ilustrující míru problémů v dané oblasti. Proto byl u každého případu vypočítán skóre za každou z jádrových kategorií. Skóre byl výsledkem součtu všech symbolů 1 u příslušných proměnných, tedy tam, kde se kód vyskytoval. Součtem skóre ze všech jádrových kategorií byl vypočten i celkový skóre klienta. Skóre byly využity při statistickém zpracování dat, o kterém pojednává následující kapitola.

Tabulka 7: Ukázka skórování v rámci jádrové kategorie

PORUCHOVÉ VZTAHY DÍTĚTE	špatný vztah se sourozencem	špatný vztah s otčímem/ macechou	fixace na dospělého	poruchy vztahu rodič- dítě	Skór za jádrovou kategorii
Případ 1	1	0	1	1	3
Případ 2	0	0	0	1	1

10.3.3 Statistické zpracování dat

I když výzkum a problematika dat je převážně kvalitativního rázu, vznikla možnost využít statistických metod pro zpracování některých výsledků. Jelikož neměla data normální rozložení, což jsme zjistili pomocí popisných statistik (viz ukázka histogramů v příloze 5), byly využity neparametrické metody. Konkrétně tyto:

- Spermanova korelace: pro zjištění souvislostí mezi vybranými proměnnými.
- Mann – Whitney U test: pro ověření statistické významnosti některých dichotomických proměnných a jejich vztahu k ostatním proměnným.

10.4 Etická stránka výzkumu

Etická stránka výzkumu byla řešena společně na ohniskové skupině mezi výzkumníci, vedoucím diplomové práce a pracovníky Rodinného centra a také byla schválena ředitelkou spolku P-centra. Jelikož se RCUM zavázalo uchovávat citlivé údaje o klientech v soukromí a čistě pro pracovní potřeby zaměstnanců RCUM, nebyla výzkumníci poskytnuta možnost nahlédnout do vnitřní dokumentace. Také by musel být vyřízen náležitý souhlas každého klienta se zařazením do výzkumu.

Aby výzkum mohl proběhnout, domluvily se individuální schůzky výzkumnice a zaměstnanců RCUM, kteří jsou garanty rodin – tj. jednají a pracují s členy rodiny tak, jak bylo popsáno v kapitole 7.3.1 o RCUM. Výzkumnice obdržela veškeré potřebné informace právě skrze tyto garanty. Byla dodržena úmluva a výzkumnice nepřišla do kontaktu s žádným citlivým materiálem o klientech. K identifikaci klientů se místo jmen používal kód ze systému panoramix. Výzkumnice se dále zavázala ke zpracování obdržených údajů čistě pro účely této diplomové práce.

K etické stránce výzkumu je třeba dodat, že veškeré audiozáznamy byly pořízeny se souhlasem všech zúčastněných.

11 Výzkumný soubor a soubor výběru

V této kapitole bude představen a popsán výzkumný soubor.

11.1 Metoda výběru

Ve svém výzkumu jsem zvolila metodu totálního výběru. Tato nepravděpodobnostní metoda byla vybrána z důvodu, že je pro účely tohoto výzkumu nejvhodnější. Aby byla klientela RCUM co nejlépe zmapována, bylo třeba získat informace ke každé rodině, která za dané období využívala jejich služby. Vzhledem k tomu, že informace o rodině byly předávány skrze garanty rodin/zaměstnance RCUM a ne skrze klienty samotné, bylo provedení totálního výběru uskutečnitelné.

Jelikož se jedná o nepravděpodobnostní metodu, kterou byl vybrán velmi úzce profilovaný soubor, nelze se odkázat na možnost zobecnění výsledků.

11.2 Složení výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 68 dětí (případů), jejichž rodina využívala služeb RCUM v časově vymezeném období v letech 2014 až 2015. Do výzkumného souboru byli zařazeni pouze dětské klienty, což je cílová skupina zkoumané problematiky, včetně zamýšlených preventivních přesahů. Informace o členech rodiny byly nicméně zpracovány jako klíčové informace ze životního příběhu dítěte a byly tak dostupné pro analýzu.

Obrázek 13: Výzkumný soubor; n = 68



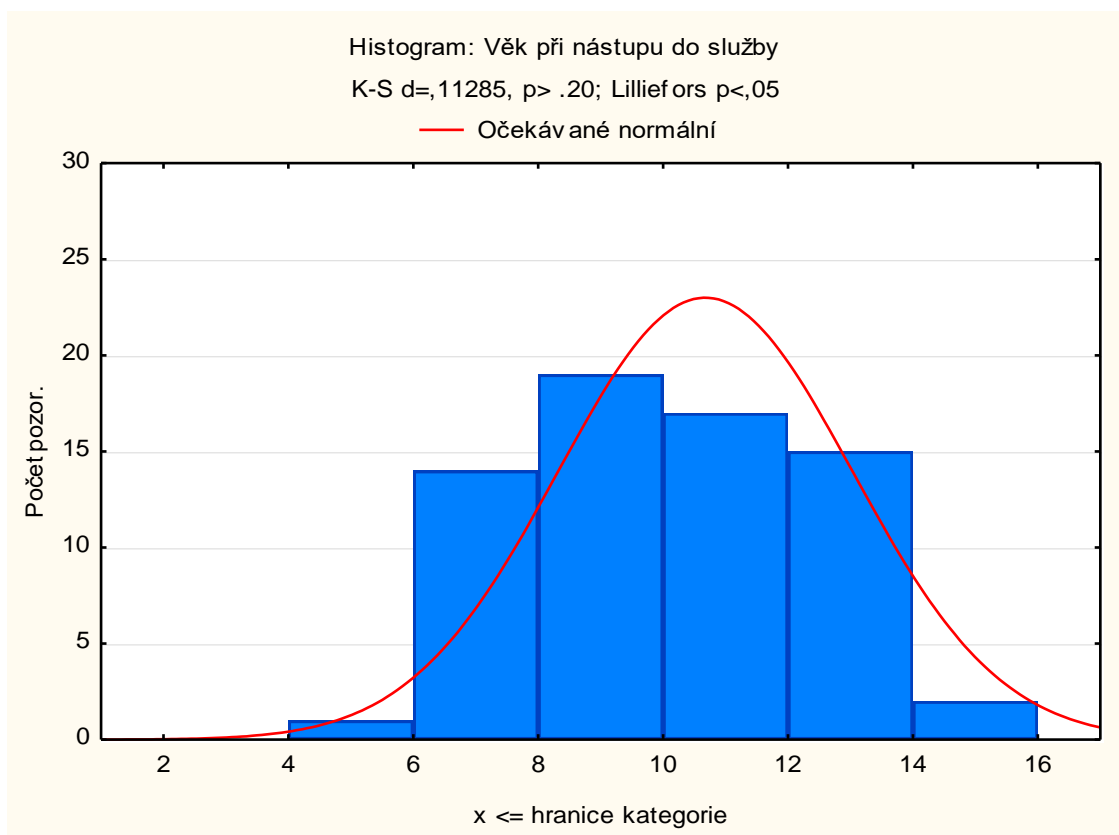
K věkovému složení klientů jsou dostupné dva druhy údajů. Prvním je věk klienta při nástupu do služby a druhým aktuální věk klienta, tj. v okamžiku, kdy byla sbírána data k této diplomové práci. V analýze dat byl využíván zejména první věkový údaj, tedy v kolika letech dítěte začala rodina využívat služeb RCUM a kdy již existoval nějaký problém, se

kterým rodina do služby přišla. K oběma údajům jsou ukázány popisné statistiky, včetně histogramů věkového rozložení.

1) Věk při nástupu do služby:

- průměrný věk klientů: 10,68 let;
- věk nejstaršího klienta: 15 let;
- věk nejmladšího klienta: 5 let;
- medián věků klientů: 10,5 let;
- modus věků klientů: 10 let.

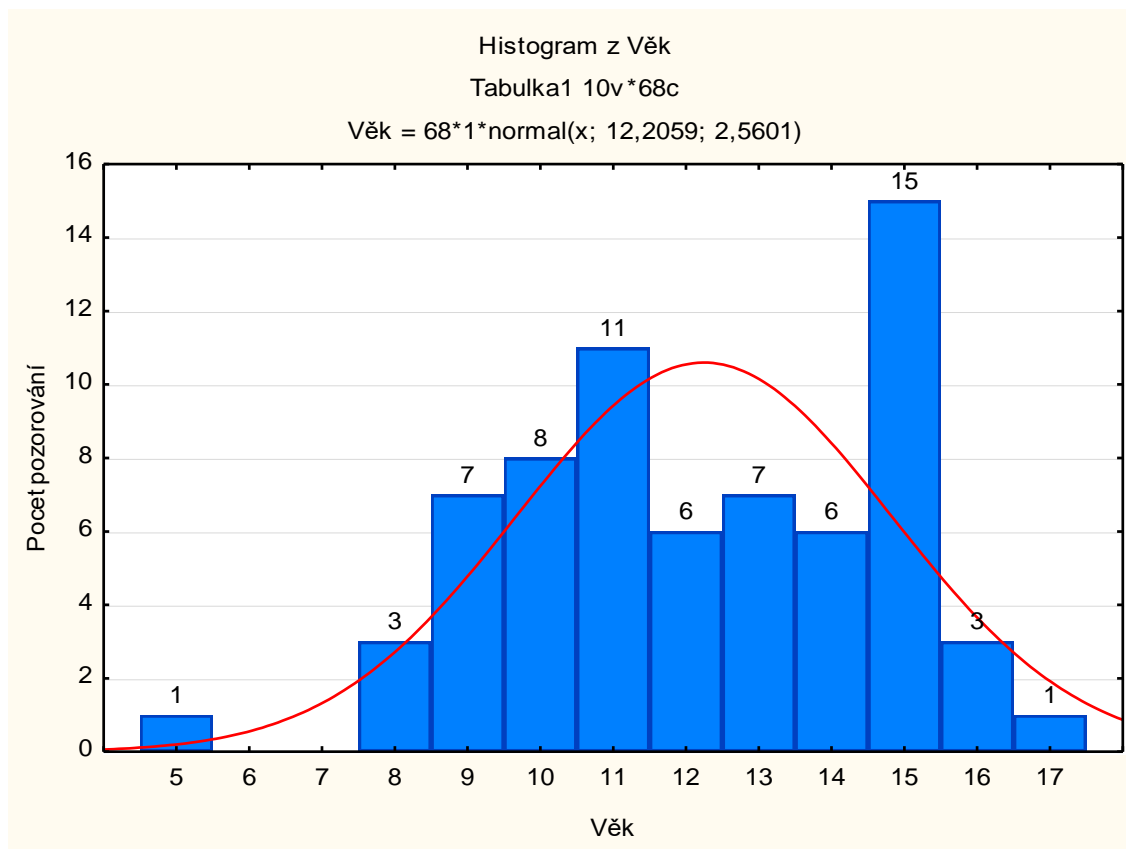
Obrázek 14: Histogram věkového rozložení klientů při nástupu do služby



2) Aktuální věkové rozložení klientů:

- průměrný věk klientů: 12,21 let;
- věk nejstaršího klienta: 17 let;
- věk nejmladšího klienta: 5 let;
- medián věků klientů: 12 let;
- modus věků klientů: 15 let.

Obrázek 15: Histogram aktuálního věkového rozložení klientů:



Ze zobrazených popisných statistik je patrné, že věkové složení klientů pokrývá věkové rozmezí dané RCUM, tj. od 5 do 15 let. Jeden klient dokonce věkové rozmezí přesáhl. Srovnáním věkových údajů je také možné zjistit, že v souboru jsou klienti, kteří služby RCUM nevyužívají déle než rok a naopak, jsou v něm i klienti s pětiletou dobou ve službě (včetně přestávk a znovunavázání spolupráce). Průměrná doba využívání služeb těchto klientů byla vypočítána na dobu 2 let. Pro účely práce však není tento údaj podstatný, neboť analýza cílí na dobu života rodiny před navázáním spolupráce s RCUM.

12 Výsledky - popis a interpretace

V této kapitole se čtenář seznámí se všemi výsledky výzkumu, ke kterým se dospělo pomocí výše popsanych metod.

12.1 Obecné informace získané z ohniskové skupiny

Jako první budou představeny výsledky, které ve vztahu k celé šíři zkoumané problematiky mají de facto pouze obecný ráz, avšak zároveň byly velmi důležité pro další postup ve výzkumu. Byly to informace získané na první ohniskové skupině, kde se pracovníci vyjadřovali ke klientům, s jakými problémy nejčastěji chodí do RCUM a další. Obsahovou analýzou záznamu z ohniskové skupiny byly v souhrnu získány níže uvedené informace.

Podle pracovníků je zhruba třetina klientů doporučena z OSPODu. Klienti na toto doporučení buď sami kontaktovali RCUM nebo v RCUM požádali o možnost klienty oslovit.

„U těch klientů z OSPODu bývá zakázka často formulována. My ji tady dle vlastního uvážení případně reformulujeme.“

Další velká část klientů se ozývá na základě doporučení ve škole. Méně je klientů, kteří se do služby dostali díky kontaktu od známých (jiných klientů). Část rodičů si službu sama aktivně vyhledala:

„...to je například, když si neví s dítětem rady, jako výchovně, nebo když jim, hlavně tedy ve škole, doporučí dát dítě do diagnostického ústavu. Tak ti snaží rodiče prvně vyhledají nás, jako jiný druh pomoci. No anebo třeba se taky stává, že diagnostik nezafungoval podle jejich představ a oni chtějí využít další péči.“

Z klientů jde nejčastěji o děti, které mají výchovné problémy ve škole i doma nebo prospěchové problémy.

„Hodně dětí má také nějakou diagnózu. Konkrétně poruchy učení a pozornosti. Přibývají děti s ADHD, takže přijdou třeba rodiče, kteří nevědí, jak mají dítě s ADHD výchovně vést. My tu občas pochybujeme, zda je diagnóza udělena správně. Asi v polovině případů si myslíme, že se jedná spíše o osobnostní rysy dítěte a nezvládnutou výchovu ze strany rodičů.“

Ve službě jsou často klienti sociálně slabší, spolupracují někdy oba rodiče a někdy jsou v péči všechny děti z dané rodiny. Ve většině případů se však jedná o jednoho rodiče a jedno dítě.

„Úplně nejčastější, asi tak v devadesáti procentech, tu máme dyádu matky samoživitelky se synem.“

První schůzka bývá vždy jenom s rodičem – do 14 dnů ode dne, kdy se rodina ozve, druhá schůzka se potom koná už s dítětem. Vždy se sbírá podrobná sociální anamnéza a iniciuje se kontakt se školou pro navázání spolupráce.

„Garanti rodin docházejí přímo do škol.“

Rodina bývá v péči asi rok a půl a kapacita služby je 30 rodin. RCUM využívá zhruba 45 až 50 rodin za rok, tj. 90 až 100 jednotlivých uživatelů (dospělých i dětských);

V rámci služby probíhají i mediace.

„Doprovázíme rodiče např. do školy nebo na úřady. Klienti se takhle někam bojí chodit, protože se tam zkrátka necítí dobře a neví třeba, jak mají komunikovat s učiteli.“

U každé rodiny probíhá hodnocení na škále -5 až +5, které se dává na závěr spolupráce – počítá se na základě informací od garanta rodin.

„Pro navázání spolupráce je strašně důležitý vliv učitelů no a v podstatě obrovský tlak ze strany školy, která si neví s žákem rady.“

Byly vyjmenovány také aktivity nabízené dětem i dospělým, které byly představeny v teoretické části (kapitola 3.3.1.1), proto zde nebudou opakovány.

„V rodičovských skupinách nám jde hlavně o to, abychom posílili rodičovské kompetence. To platí tedy i pro pěstouny.“

12.2 Popis a četnosti jevů vyskytujících se u dětských klientů RCUM

V následující části práce se zaměříme na hlavní část výsledků, které odpovídají deskriptivním cílům výzkumu. Jsou při nich využity jak procesy kvantifikace (pro přehledné zobrazení výskytu jevů), tak kvalitativní rozbory s konkrétními ukázkami z původních anamnéz.

Zároveň budou představeny všechny jádrové kategorie a kódy/proměnné, které k ní náleží. Následující podkapitoly jsou vždy zaměřeny na jednu z nich.

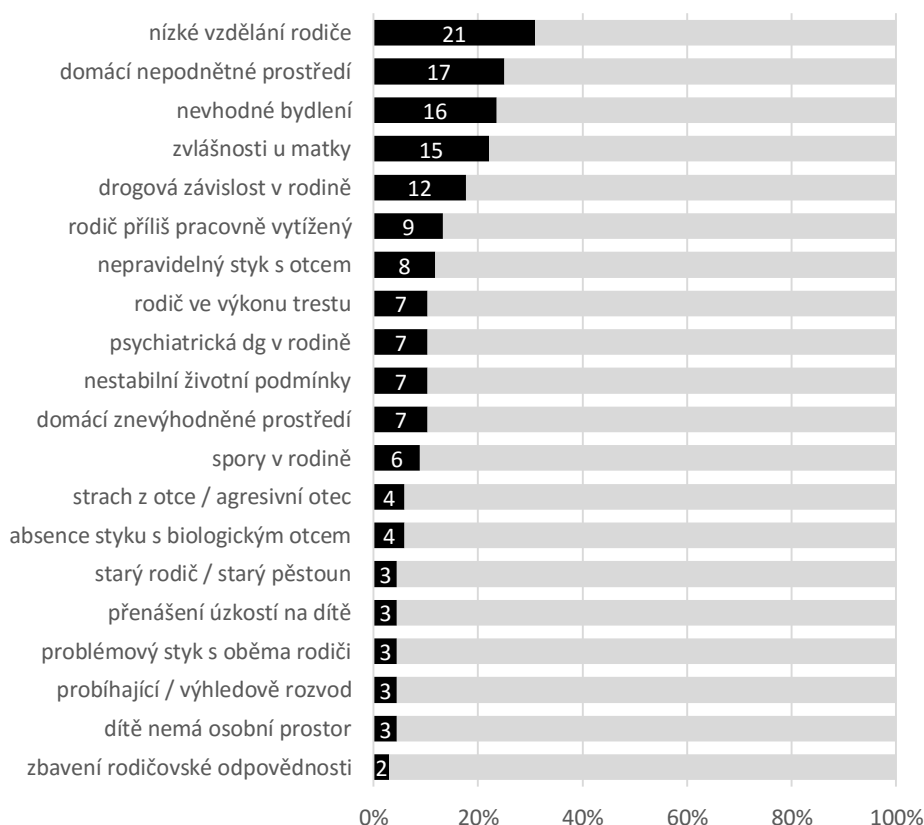
12.2.1 Faktory rodinného prostředí

V kategorii faktory rodinného prostředí se nachází 19 proměnných. Odrážejí situaci rodiny, která je pro dítě nějakým způsobem ohrožující. Jedná se jak o nekvalitní rodinné prostředí a problémy rodiny, tak i o vlastní zátěže rodičů, které dítě ovlivňují. Proměnné v kategorii a četnosti jejich výskytu v souboru jsou znázorněny v grafu v tabulce 8.

Do této kategorie byly výzkumníci nejprve zařazeny ještě další tři proměnné, protože tematicky zapadaly do této kategorie. Po jejich statistickém ověření (Mann – Whitney U test) se však ukázaly jako významné a byly tedy ponechány zvlášť jako grupovací proměnné, pro možnosti další analýzy. Pro přehled uvádíme konkrétní proměnné v následujícím seznamu, dále je však nalezneme v samostatné podkapitole:

- matka samoživitelka,
- finanční problémy v rodině,
- absence mužského vzoru.

Tabulka 8: Graf četností proměnných v kategorii faktory rodinného prostředí



Z grafu je patrné, že nejčastějšími problémy rodinného prostředí je nízké vzdělání rodiče a domácí nepodnětné prostředí. Tyto kategorie spolu mohou do jisté míry souviset,

protože dospělý s nízkým vzděláním zároveň nemusí mít osobní potenciál k tomu, aby dítě sám rozvíjel a vedl.

„On kdyby byl v dobré pěstounské rodině, tak by mohl být zlatý a mít dobré známky. Jenže pěstouni jsou oba nevdělání a domácí prostředí je naprosto příšerné.“

Nevhodné bydlení lze zase odkázat k domácímu znevýhodněnému prostředí, rozdíl mezi těmito kategoriemi je však chápán co do životních podmínek vnějších (nevhodné bydlení ve smyslu nevyhovujících bytových podmínek, bydlení v nebytových prostorech, špatné lokaci apod.) a vnitřních (znevýhodněné prostředí jako vícegenerační byty, sdílení pokojů dětí s rodiči a prarodiči apod.).

„Bydlí teď společně s babičkou a dědou... No jsou to velmi nevhodné bytové podmínky, matka bydlí s dětmi v jedné místnosti a společně s prarodiči sdílí kuchyň a koupelnu.“

Vlastní vysvětlení vyžaduje proměnná zvláštnosti u matky, která sdružuje máločetné informace získané obsahovou analýzou. Jedná se o události na straně matky, které garanti rodin zmínili jako nežádoucí. Složení přiblížíme v grafu na obrázku 16:

Obrázek 16: Vysvětlení proměnné zvláštnosti u matky



„Matka má dost pofiderní zaměstnání. Prezentovala se jako věštkyně a vykladačka karet, ale v OSPODu mají podezření na prostituci.“

Proměnná rodič příliš pracovně vytížený odráží skutečnost, kdy rodič (nejčastěji matka samoživitelka) tráví s dítětem velmi málo času, protože věnuje čas pracovním povinnostem, zpravidla s návratem až v pozdních večerních hodinách. Dítě je tak ponecháno bez kontroly nebo pouze pod dohledem např. sourozence či prarodiče, avšak bez výchovného působení.

„Tím, že je matka samoživitelka, tak musí hodně pracovat. Pracuje klidně deset až dvanáct hodin denně, tak přichází domů pozdě večer, netráví se synem moc času...“

Proměnné drogová závislost v rodině, psychiatrická diagnóza v rodině a rodič ve výkonu trestu vypovídají o nestandardních událostech v rodině, které mají na dítě svůj přímý i nepřímý dopad ve smyslu negativní zátěže pro dítě.

„Jeho otec je teď ve výkonu trestu. (Výzkumnice: Za co?) Opakovaně drogy a krádeže.“

„Otec matky se zasebevraždil. V rodině je taky endogenní psychóza a sociální fobie.“

Nestabilní životní podmínky jsou takové, kdy je dítě např. nuceno se s rodinou neustále stěhovat, jak v rámci jednoho města tak i mimo. Vyjadřuje takový stav, kdy dítěti není poskytováno stabilní a bezpečné prostředí.

„Rodina jezdí s cirkusem mezi ČR a SK, kluk má problémy ve škole díky přesunům.“

Spory v rodině jsou myšleny jako přítomnost častých a prudkých konfliktů v rámci rodinného kruhu i širší rodiny, u kterých je dítě svědkem a je zde tedy možnost negativního emocionálního dopadu na dítě.

Proměnná dítě nemá osobní prostor je zde chápána v abstraktním měřítku, jedná se tedy o stav, kdy jsou dítěti často vnucovány představy a názory rodičů a dítěti není ponechán žádný volný prostor pro vlastní invenci a sebevyjádření. U klientů vedou tyto problémy ve dvou případech k extrémně nízkému sebevědomí a tzv. „zakřiknutí“ a v jednom případě k záchvatovitému agresivnímu jednání.

„Způsob komunikace s rodiči byl takový, že mu nedávali vůbec prostor, dělali všechno za něj, hned všechno vysvětlit, dát názor, regulovat... Dítě nemohlo dýchat.“

Dále jsou mezi proměnnými přítomny situace, které popisují problémový styk s rodiči. Často se jedná o potíže v setkávání se s otcem (proměnné absence styku s biologickým otcem a nepravdělný styk s otcem) – kromě jednoho případu se jedná o nezáměr ze strany otce. V jednom případě je otcí naopak bráněno ve styku s dítětem ze strany matky.

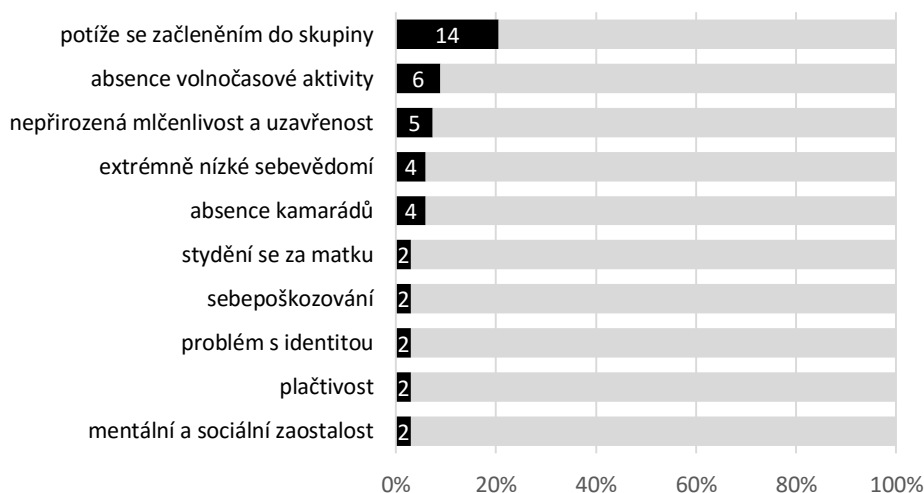
Problémový styk s oběma rodiči je spojen s pěstounstvím a nezájmem obou rodičů o dítě a v jednom případě se jedná o úmyslné bránění styku pro dobro dítěte.

„Matka měla problémy s drogami a alkoholem, proto ji odebrali dítě, i s krádežemi. Byla opakovaně ve výkonu trestu a je i teď. S babičkou se tu řešily krizové situace, co a jak má dělat, když se na ně matka bude dobývat.“

12.2.2 Osobnostní projevy dítěte

Další jádrovou kategorií jsou osobnostní projevy dítěte. Sem byly zařazeny takové proměnné, které byly garantem zmíněny jako významná skutečnost v životě konkrétního dítěte a tím jej nějakým způsobem ztěžují.

Tabulka 9: Graf četností proměnných v kategorii osobnostní projevy dítěte



Jako nejfrekventovanější proměnná se ukázaly potíže se začleněním do skupiny. Provázely klienty napříč různou problematikou – převážně se vyskytovaly u dětí s diagnózou ADHD a u dětí, kde selhává domácí příprava do školy. Tyto děti také zpravidla nenavázaly žádný blízký vrstevnický vztah (absence kamarádů).

„On je sociálně zdatný, ale neumí fungovat v dětském kolektivu. Ve chvíli, kdy něco není po jeho, jde do konfliktu. ... na vrub ADHD impulzivita, že se neumí chovat ve skupině, špatná pozornost a na vrub osobnosti ta jeho výbušná reakce, ta už je naučená.“

„V Olomouci bydlí na ubytovně, kde nemají kamarády a sociálně se nezačlenili.“

Absence volnočasové aktivity se objevovala ve dvou případech společně s diagnózou ADHD, ve dvou případech se dítě nacházelo v pěstounské péči a ve zbylých dvou případech se vyskytovala u dětí, které svůj volný čas tráví s nevhodnou partou, u jednoho z nich bylo přítomno kouření.

„Letos mu přiřadili asistenta a od té doby je ve škole v pohodě, ale o to více zlobí doma a vybíjí se na matce. Kvůli ADHD nemá kroužky.“

Proměnnou sebepoškozování by šlo zařadit i do další kategorie rizikového chování, viz dále, byla však ponechána zde, kde dle úsudku výzkumnice lépe zapadá do kontextu. V obou případech se sebepoškozování projevilo u dětí postižených syndromem CAN.

„Dívka moc nemluvila, nechtěla mluvit. Byla hodně uzavřená, asi víc týraná ze strany matky, a hlavně těžce deprivovaná. V desíti letech měla snad imaginárního přítele. No a pak se pálila cigaretami...“

U některých dětí se také objevuje zvýšená úzkostnost, ať už v rámci osobnostního nastavení nebo z životních podmínek.

„Je nemluvný na veřejnosti, doma na sebe s matkou vzájemně křičí. Nemá kamarády, žádné kroužky, bojí se cokoli dělat, tak raději nic nedělá. Má cukrovku a další somatické problémy, celkově má sníženou imunitu. Jeho výchova je ambivalentní, více se nesnáší, než milují. Matka měla rizikové těhotenství a dítě nechtěla, pro otce bylo dítě vymodlené. V pěti letech ale otec začal pít a opustil je, podle matky to bylo pro vývoj chlapce zlomové. Matka sama je trochu psycho, tahá chlapce po všech možných doktorech a snaží se ho zneschopnit, až se jí to daří. Máme v tomto směru podezření na týrání. Chtěla si na chlapce zařídit péči o osobu blízkou a brát na něj peníze. Matka je hodně negativistická. S otcem dítě není moc v kontaktu, dlouho ho ale zbožňoval.“

„Matka přichází domů až v devět večer. Dítě je samotář, samorost, neví co doma, dívá se na televizi, nejčastěji si kreslí. Je to ukázkově deprivované dítě. A je hrozně nesebevědomý“

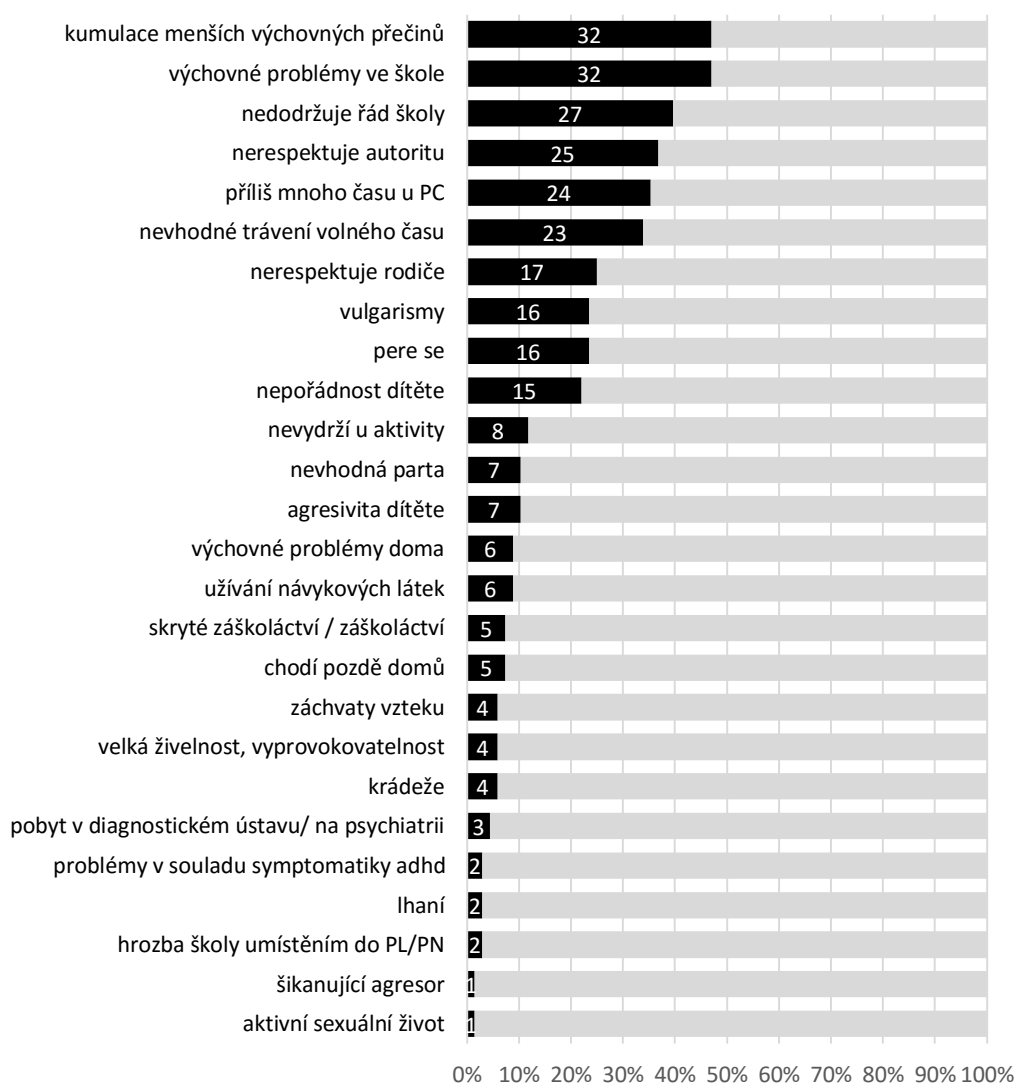
Zvláštní proměnnou bylo stydění se za matku, které se v obou případech pojilo se zdravotním handicapem matky.

„Dívka je chytrá a vnímavá, ale často bývá nemocná, má sníženou imunitu. Matka je hodně úzkostná a přenáší to na dceru. Matka je evidovaná u psychologa, je u ní podezření na organickou poruchu. A vlastně ta matka utrpěla úraz, možná vinou otce, a teď kulhá. Dcera se za matku stydí, za její zvláštní chování i zjev. Chtěla by jít k otci a matka se bojí, že ji opustí. Dívka je také úzkostná, málomluvná, bojí se na cokoli zeptat, na otázky odpovídá pár slovy.“

12.2.3 Rizikové chování dítěte

Tato jádrová kategorie je ze všech nejobsáhlejší, tvoří ji celkově 26 proměnných. V úvahu přicházelo rozdělení na dvě subkategorie co do míry rizikovosti, nicméně pro popis a výčet četností postačí celkový přehled.

Tabulka 10: Graf četností proměnných v kategorii rizikové chování dítěte



Pokud si prohlédneme všechny proměnné, je patrné, že ne všechny spadají pod teoreticky vymezený rámec rizikového chování. Byly sem však zařazeny jakožto ukazatele nějakých výchovných problémů s dítětem, méně či více závažných. Předložená tabulka obsahuje ve větších četnostech ty formy chování, které bychom mohli označit za mírně závažné a rizikové – podle garantů rodin jsou často důsledkem nezvládnuté výchovy ze strany rodičů. Větší přestupky typu krádež a užívání návykových látek nepřesahují 10 %. Zvýšená četnost je u proměnné „pere se“, což je v souladu s výzkumnými závěry popsány v kapitole o rizikovém chování v teoretické části (kapitola 8.2).

Jednou z nejčastějších proměnných byla kumulace menších výchovných přečinů, která je do jisté míry nadřazená některým ostatním proměnným. Byla zde však ponechána jako samostatná proměnná, která má ilustrovat situaci, kdy dítě sice nevykazuje známky

problémového či rizikového chování, ale rodiči se dítě jeví jako neposlušné a neví si s jeho výchovou rady. Je tedy chápána jako celkový projev chování dítěte.

Stejně častou proměnnou jsou výchovné problémy ve škole, které jsou chápány jako jedny z nejpálčivějších jak ze strany rodičů, tak ze strany učitelů.

„Na základní škole měl velké výchovné problémy, na doporučení tamější školní psychologyně ho měli dát do Šternberku (pozn. – do psychiatrické léčebny).“

„Má velké výchovné problémy ve škole – hlavně co se týče agrese. Dítě je osobnostně neprůbojné, a já si myslím, že děti si ho možná dobíraly, což učitelé neviděli a on na základě toho vybouchl a byl agresivní.“

„Má výchovné i vzdělávací problémy ve škole. Jsou hodně zapříčiněné matkou a jejím vedením, taky dramatickým rozchodem rodičů a vůbec jejich vztahem, který byl ze strany otce týrající vůči matce. Jednou se k tomu syn připlehl, tak dostal taky.“

Další proměnné jsou explicitním vyjmenováním konkrétních podob rizikového chování dítěte a dalších forem chování, které lze hodnotit jako problematické. Byly nasbírány zejména pomocí dotazníku.

„Dcera se s tátou vidá, toho času byl ve výkonu trestu. Babička, u které holka bydlí, je z otcovy strany. U dívky je těch problémů víc, ve čtrnácti alkohol, hodně chodila za školu, stýkala se s nevhodnou partou s děčkama na sídlišti. Taky užívání thc a už aktivní sexuální život, dokonce tam byly i nějaké drobné krádeže. To už bydlela u babičky, byla v pohodě, ale ve chvíli kdy jí bylo dvanáct nebo třináct a mamka jela s otcem a dětmi na Ukrajinu, tak tam nechtěla, ale začaly s ní problémy. To sídliště, babička neměla vedení a dívka zvlčila.“

„Máma je rozvedená, s novým partnerem má dítě, ale naše dítě si nerozumí se současným přítelem to je vlastně jejich zakázka. Kluk kouří trávu a taky už několikrát pil s kamarády alkohol. Problém je dost v komunikaci uvnitř nové rodiny, máma dítěti přestala po těchto incidentech věřit. Dřív hrál fotbal, ale pak přestal a sklouzl s chováním ještě víc dolů.“

Agresivita u některých dětí doprovází diagnózu ADHD, kde nasedá na zvýšenou impulzivitu dítěte. Někdy je agresivní chování reaktivní na ústrky okolí. Také však může být agresivita ukotvena jako osobnostní rys a dítě se pak potýká s problémy zejména ve školním prostředí.

„To je naše nejmladší dítě, chodí ještě do mateřské. Ve školce má problémy s chováním, je agresivní na ostatní děcka. V PPP zjistili prvky ADHD, ale nepotvrdilo se.“

„Kluk má nárok na asistenta, měl ho teď na poslední dva týdny ve škole a zlepšily se problémy v chování, které má. U něj je v popředí agresivita na spolužáky, je hodně impulzivní na základu ADHD Nemá podchycený volný čas.“

Překvapivě nízké četnosti jsou u proměnných lhaní ($f = 2$) a problémy v souladu symptomatiky ADHD ($f = 2$). Existuje zde možnost, že lhaní nebylo garanty zmíněno v jiných případech, protože netvořilo dominantu v zakázce na spolupráci s RCUM. Skutečný výskyt může být v realitě mnohem vyšší.

„Matka přišla s tím, že kluk má problémy s chováním, se kterým si neví rady. Že vzal dvakrát peníze babičce a zapíral to. Prý zapírá i horší známky, čemuž se matka diví, protože známky nejsou špatné... Kluk nemá moc kamarády, nezapadne do skupiny.“

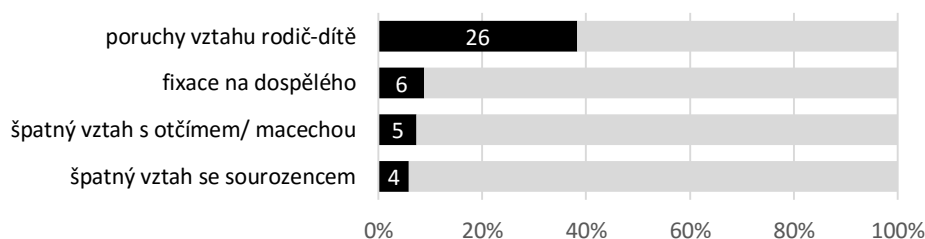
Stejně tak symptomatika ADHD – zde je proměnná chápána tak, že dítě nemá jiné potíže, než jen ty, které se objevují společně s diagnózou ADHD, tak jak jsme je popsali v kapitole 2.1.1.1.

„Pěstounská rodina a ADHD kluk, žije s babičkou. Je to ukázkové ADHD. S babičkou se mají rádi. Byl živý, ale dal se zvládat, jakmile byl nastavený režim. Pomáhalo mu to tu, aby nespádl do větších průšvihů. V pubertě se ADHD zklidnilo.“

12.2.4 Poruchové vztahy dítěte

Zvláštní kategorie byla věnována poruchovým vztahům dítěte. Tvoří ji čtyři proměnné, viz tabulka 11.

Tabulka 11: Graf četností proměnných v kategorii poruchové vztahy dítěte



Nejčastější proměnná představuje poruchy vztahu mezi rodičem a dítětem. Situace byla u konkrétních dětí vyhodnocena podle odborného názoru garanta rodiny a je chápána oboustranně. Proměnná zahrnuje také v devíti případech nemluvení s rodičem. V pěti případech jde vyloženě o špatný vztah s matkou a v pěti případech o špatný vztah s otcem. Poruchy vztahu způsobují mimo jiné komunikační nesrovnalosti, zbytečné spory a emoční rozladění. Během analýzy bylo také zjištěno, že porucha vztahu je zapříčiněna vyčerpáním matky z bezradnosti nad výchovou hůře zvladatelného dítěte. Někdy naopak příliš naivním očekáváními od osobnosti i výkonů dítěte a nepřijetím dítěte takového, jaké je.

„S otcem a ségrou se stýká sem tam, mámu nesnáší.“

„Kluk má dys potíže a individuální plán. Než byl stanoven, tak bylo napácháno hodně škody. Jeho máma se na něj nemůže ani podívat.“

„Matka si s ním neví rady, přerostl jí přes hlavu, nepíše úkoly, nedaří se jí ho usměrňovat, uklidnit. Když na něčem trvá, tak je vztekly a říká, ať matka chcípne.“

Fixace na dospělého je ve dvou případech uskutečněná ve vztahu k babičce pěstounce a ve zbylých čtyřech směrem k matce. V souvislosti s fixací se objevuje absence muže v rodině a znevýhodněné bydlení, kdy dítě sdílí se svojí matkou jeden pokoj.

„S matkou jsou fixovaní vzájemně na sebe. Její výchova je hodně ochranná a hyperprotektivní.“

V pěti případech byla zaznamenána porucha vztahu s novým partnerem rodiče. Ve dvou případech se tak stalo po narození vlastních dětí rodiče s tímto partnerem.

„Matka má další dvě polorodá děcka s aktuálním tatínkem. Otec se ke klukovi stavěl zprvu velmi dobře, ale po narození vlastních dětí ho začal odvrhovat.“

„Přítel matky nemůže vystát dceru, protože matka nedodrží hranice, které si sama nastaví. Dcera dělá matčině příteli hodně naschvály, protože cítí, že jí nemůže vystát. Máma je hodně jednoduchá, komunikace s ní není snadná, nedokáže děti za nic pochválit, no nemá děti jak rozvíjet.“

Ve špatném vztahu se sourozencem je ve dvou případech přítomna žárlivost na sourozence, kteří žijí společně s rodiči, zatímco dětský klient je v pěstounské péči.

„Holka ví, že rodiče ji nechtěli. Má z toho psychické problémy, ve chvíli kdy se s nimi vidí. Má spoustu sourozenců v děčáku a jedno dítě je u matky a jedno u otce. Tak je zášť, že některé dítě je u rodiče.“

12.2.5 Školní problémy

Velkou jádrovou kategorií, ne co do počtu proměnných, ale co do jejich vysokých četností, tvoří školní problémy. Ty jsou v této kategorii chápány jako vzdělávací obtíže a problémy s domácí přípravou do školní výuky - ne tedy tak, že dítě má ve škole problémy, protože „zlobí“. Příčinou školních problémů může být diagnóza ADHD nebo SPU, či malá motivovanost k učení se a zanedbaná domácí příprava ze strany rodičů (ať už z důvodů absence zdrojů pro pomoc dítěti se školou nebo z důvodu zanedbávání).

Tabulka 12: Graf četností proměnných v kategorii školní problémy



Nejčastější proměnnou z oblasti školních problémů jsou vzdělávací obtíže a problémy při osvojování si učební látky jako takové. S tím souvisí hned další proměnné, mezery v učivu a prospěchové problémy, neboli špatné známky. Na neúspěšnost ve škole se pak nabalují další problémy a také se ty stávající tzv. cyklí, dítěti chybí motivace pro větší snažení se. Podle názoru garanta rodiny jsou problémy ve škole často způsobeny podceněným nástupem do první třídy, kdy dítě není na školu zralé, nezvládá tak ani výuku, ani pobyt mezi vrstevníky ve třídě a tyto problémy se později hůře napravují – naopak mají tendenci se kupit.

„S učením bojoval od začátku, škola nebavila a nebaví, nechtěl se učit. Těsně před nástupem do první třídy se odstěhoval otec.“

„Ve škole má hodně problémy, protože má snad všechny dys poruchy. Taky je u ní strašně zanedbaná domácí příprava, má mezery v úplně základních znalostech.“

„Hlavní problém má ve škole. Má špatný prospěch, nedostatečnou domácí přípravu a neexistuje spolupráce v rámci školy. Výchovné problémy neměl a nemá.“

„Kluk chodil na doučování, ale má to sám nastavené, že nechce a nepotřebuje, sám cítí, že problém je v dospělých. Našel si sám práci u koní, „škola je blbá“.“

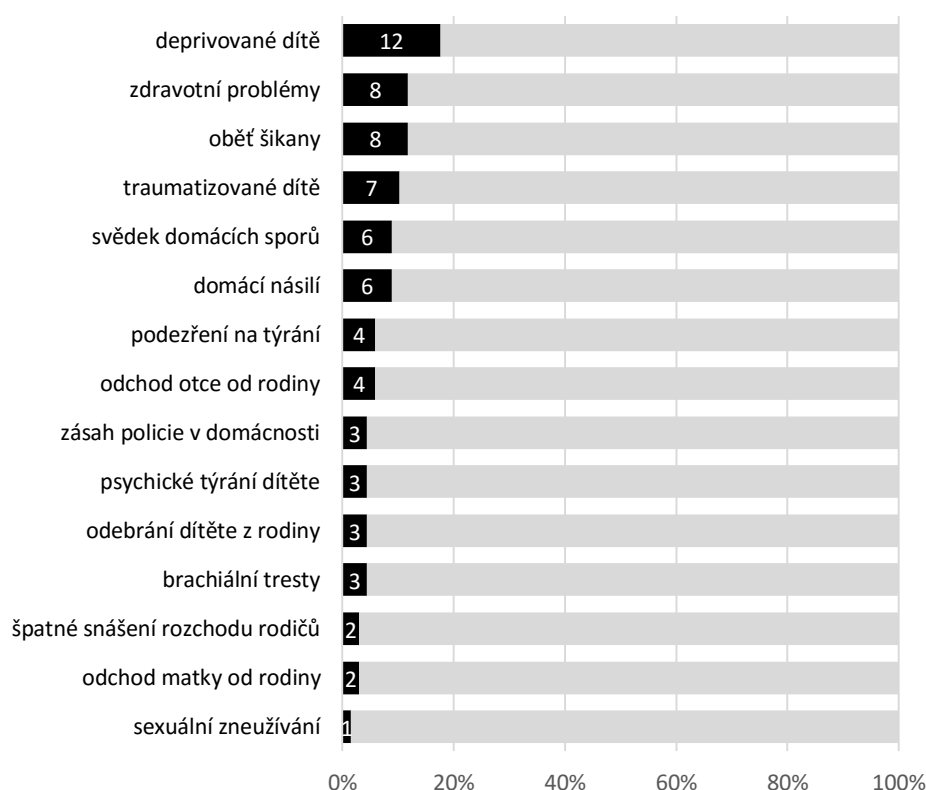
„Dítě je víceméně v klidu. Problém je tu spíše ze strany matky a je to deprivované dítě. S otcem teď probíhá zbavení rodičovské zodpovědnosti, protože se nestará a neplatí. Holka má šedesátí procentní hluchotu, potíže ve čtení, psaní a matice. Ale jsou čtyři děti ve třídě a mají individuální přístup. V jejich rodině jsou další 3 děti. Dívka funguje dobře, když je dobře vedená. Má zdravotní komplikace a z toho se odvozují školní problémy, ale jinak je v nepodnětném prostředí!“

„Chtěli pomoci při přípravě do školy, matka je sama psychiatricky nemocná. Dcera má pomalejší tempo a ve škole výraznější potíže. Jenomže matka ji přetěžovala a učily se spolu hodiny, neuměla ji za nic pochválit a jela na výkon. Dívka má podprůměrné IQ, její výukové potíže souvisí s nižší úrovní nadání a taky s neefektivním domácím prostředím. Hodně se pracovalo se školou, aby nedostávala tolik úkolů a s maminkou, aby na dceru v úkolech netlačila. Vyřizoval se přestup na praktickou školu, ale dítě nakonec zůstane na stejné škole. Matka se tak rozhodla po konzultaci se svou psychiatrickou.“

12.2.6 Potenciál traumatizující události

V anamnézách dětských klientů se nacházely informace, které garant rodiny odborně vyhodnotil jako zdroj traumatu. Nicméně v řadě případů se objevily takové události, které sice nezpůsobily prožití trauma, ale potenciál v sobě mají. Tyto proměnné byly po vyhodnocení v souladu s teoretickými poznatky přidány do jedné společné jádrové kategorie s názvem potenciál traumatizující události.

Tabulka 13: Graf četností proměnných v kategorii potenciál traumatizující události



Nejčastější proměnná vypovídá o deprivaci dítěte. Často souvisí s absencí matky nebo jiného vřelého vztahu v životě dítěte.

„Rodina byla doporučena z fondu (pozn. Fond ohrožených dětí), obě děti byly deprivované, protože matka byla neprávem odsouzena k výkonu trestu a děti byly chvíli v Klokánku.“

Proměnná zdravotní problémy v sobě sdružuje ty kódy, které se týkají špatného zdravotního stavu dítěte (opakované nemoci, komplikované úrazy) včetně častých pobytů v nemocnicích.

„Od mala má problém s průduškami, často byl v nemocnici. Matka celé těhotenství kouřila.“
„Bývá hodně nemocný a často v nemocnicích. Do jednoho roku byl několikrát v narkóze, doted' má hrůzu z bílých plášťů. V dětství taky často trpěl hladu.“

Proměnná špatné snášení rozchodu rodičů se možná zdá být podhodnocena, co se její četnosti týče. Zde však byla zařazena ve smyslu toho, že rozchodem rodičů byly dle rodičů odstartovány všechny problémy dítěte.

„Dítě má těžké ADHD, tady je důležité velmi nevhodné domácí prostředí a problémy s rodinou. Matka a otec jsou rozvedeni, chlapec si moc přeje, aby byli spolu. Od rozvodu se datují problémy. Rozvod byl před šesti lety, to mu byli čtyři roky. Výchovný styl je velmi odlišný u obou rodičů, matka je hodně přísná a na děti křičí. Je tam ještě jeden starší sourozenec o dva roky. Starší syn je bezproblémový. Výchova otce je hodně benevolentní, kupuje si děti, nemá na ně čas, nechce je v péči. Je to voják z povolání, pracuje v Praze. Otec a matka mají spolu velké konflikty, otec občas říká, že si děti vezme do péče, čehož se syn drží, a když má s matkou problémy, říká, že chce za otcem.“

„Mladší děti k otci nechtějí. Zakázka je pracovat s oběma dětmi a redukovat strach z otce, matka i děti říkají, že je mlátil – otec to popírá nebo bagatelizuje.“

V některých případech domácího násilí, které bylo ve všech případech od otce (nebo mužských partnerů) na matku dítěte, byly děti svědky tohoto násilí. Ve dvou případech se otec násilně utrl i na dítě, když matku bránilo.

„Rodinné prostředí je opravdu velmi špatné. Matka byla dlouhodobě vystavena psychickému i fyzickému násilí ze strany otce. Dítě tomu bývalo dost často svědkem.“

„Syn byl přítomen agresi otce, matku opakovaně bránil, tak dostal taky.“

V souboru se nacházelo devět dětí, které se ocitly v roli oběti šikany.

„Má obtíže, ale ne v rozsahu dys.. Kolísá u něj doma příprava, máma prostě nemá na to se s dětmi učit. Měl zdravotní problémy, ale je to s ním teď lepší. Ve škole mu to moc nejde. Neumí se sám sebe zastat, byl obětí šikany, ale to už se snad vyřešilo a ustalo.“

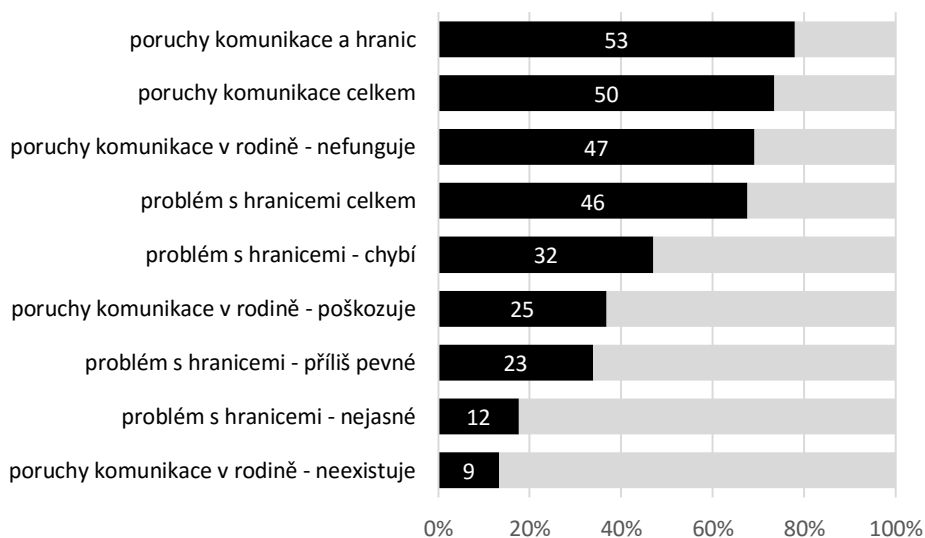
„Rozvod rodičů byl komplikovaný kvůli sexuálnímu zneužívání starší sestry, bez sexuálního aktu. Na základě toho matka požádala rozvod, otec se měl léčit, ale nešel. Domluvili se, že kontakt bude, pokud o to dcery budou stát. V klientčině patnácti se zjistilo, že ji otec také

sexuálně zneužívá, také bez aktu. Dívka to dlouho držela v sobě, měla sebevražedné impulsy a to vedlo školní psycholožku k poslání sem do služby. Změna školy proběhla dvakrát, protože v olomoucké ji šikanovali. Dívka začala být depresivní a sebepoškozovala se, ztratila kamarády a kroužky. A to vše během dvou let!“

12.2.7 Poruchy komunikace a hranic

Proměnná sdružuje dva typy problémů – s komunikací v rodině a s hranicemi ve výchově. Obě proměnné jsou popsány níže, každá samostatně. Zde jsou spočítány ve smyslu jejich společného výskytu v jednom případě/u jednoho klienta. Jedná se o nejpočetnější proměnnou z celé datové matice.

Tabulka 14: Graf četností proměnných v kategorii poruchy komunikace a hranic



Poruchy komunikace

Velice častou kategorií jsou také poruchy komunikace. Není překvapivé, že pokud je narušena komunikace, bývá to mezi lidmi častým zdrojem nepochopení, konfliktů a emočních rozladění. V situaci rodič – dítě je komunikace zároveň většinou nerovnocenná, což může mít pozitivní, ale i negativní důsledky. V koláčovém grafu na obrázku 17 jsou ukázány konkrétní poruchy komunikace - právě takové, že jejich důsledky jsou negativní.

Obrázek 17: Vysvětlení proměnné poruchy komunikace



Součet jednotlivých položek v rozboru této proměnné neodpovídá celkovému číslu za kategorii, protože u některých klientů se vyskytují dva i více z těchto konkrétních projevů poruch komunikace. Pro zachování formátu a přehlednost byl klientovi však udělen 1 bod za výskyt poruchy komunikace (či 0 za absenci), ne součet na škále.

„Tady je velký problém s matkou, je prostě hloupoučká, sama, nechala se vždycky terorizovat svými partnery. Je tam naprostá absence hranic a nefungující a poškozující komunikace. Vychází to hodně z neschopnosti matky, jo a je samoživitelka. Holka byla obětí šikany, nechala na sobě dříví štípat.“

„Komunikace rodič - dítě je velice nevhodná, nenaladěná na potřeby dítěte. Domácí prostředí je také dost nepodnětné, celý den jede televize. Co se týče výchovy, ze strany matky má slabší hranice, otec je má zase příliš pevné. Před nástupem sem používal tělesné tresty.“

Problém s hranicemi

Stejně jako předchozí kategorie, i tato v sobě shrnuje různé problémy s hranicemi. Aby byla tato kategorie dobře pochopena, je třeba si nejprve vyjasnit, co je míněno oněmi hranicemi. Hranice chápeme jako prostředek ve výchově dítěte, který označuje pomyslný prostor, co je dovoleno, co se smí a co je naopak nepřijatelné. Jasným a přirozeným vytyčením těchto hranic není dítěti odebírána svoboda, naopak je mu dána struktura a srozumitelnost při orientaci ve světě. Dítě má možnost se učit a také rodič těží z dobrého výchovného působení.

V následujícím grafu jsou problémy s hranicemi konkrétně rozebrány.

Obrázek 18: Vysvětlení proměnné problému s hranicemi



Jako v předchozím případě u proměnné poruchy komunikace i zde součet druhů problému s hranicemi neodpovídá počtu za celou kategorii. Také byl udělen 1 bod za výskyt, i když se v jednom případě u jednoho klienta vyskytují oba nebo všechny tři druhy problému s hranicemi.

„Dítě má diagnostikované ADHD a je silně zalékováný. Bylo u něj podezření na psychotickou poruchu schizofrenního okruhu, ale nepotvrdilo se. Je hyperaktivní, jeho vývoj je značně disharmonický. Matka sama je mírně hyperaktivní a má prožité vlastní trauma skrze nějaké divoké vztahy s jejími rodiči. Její výchova je bezhraniční a komunikace nejasná. Sem přišla na doporučení kamarádky, abychom ji poradili s ADHD.“

Z anamnéz vyplynulo, že 21 dětí se zároveň setkává s dvěma výchovnými působeními – konkrétně s nastavením hranic, které jsou příliš pevné (někdy tzv. vojenské) a zároveň od jiné osoby nastavení hranic zcela chybí (tzv. bezhraniční výchova). Příliš pevné hranice přichází zpravidla ze strany otce, bezhraniční působení ze strany matky.

„Matka je neschopná, má další dvě děti s jiným partnerem, hádají se, opakovaně ho vyhazuje z bytu. Partner je vůči dětem benevolentní, vůči konkrétně našemu dítěti je tvrdý, máma je zase hodně měkká a bezhraniční. V rámci komunikace je u nich spíše příkazový styl. Nedokáže se napojit na děti.“

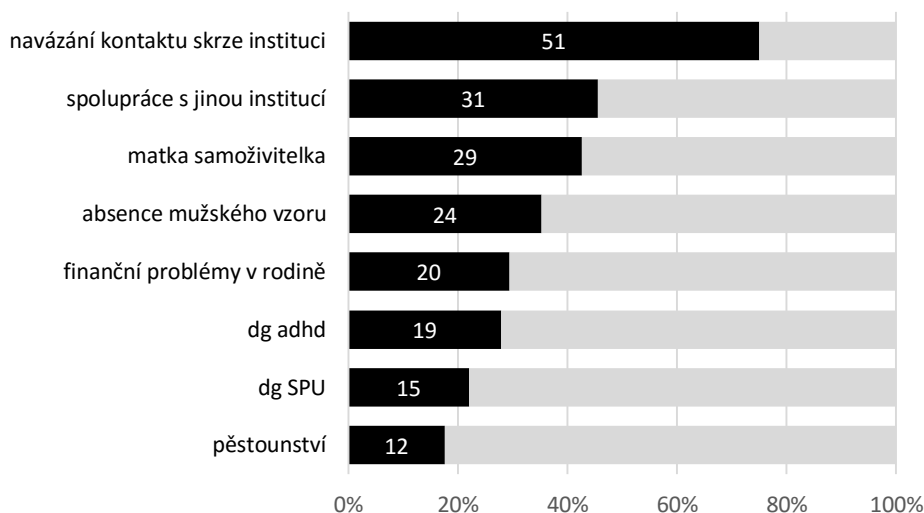
Dítě má výrazné výchovné problémy, i ve škole je problémový. Otec je, ale má čerstvou novou rodinu a nesouhlasí s bezhraniční výchovou matky, která nezvládá dítě. Matka je bez hranic, otec zas příliš kruté a pevné. Dítě nechce k otci moc chodit.“

12.2.8 Přehled samostatných kategorií

Jak bylo již zmíněno, některé proměnné, které se ukázaly jako dosti významné díky svým vysokým četnostem, jsme ponechali samostatně. Jejich významnost byla potvrzena i statistickým testováním proměnných pomocí Mann – Whitneova U testu (ukázky ze statistiky v příloze 5). Byly využity při další analýze jako grupovací proměnné.

Představujeme v tabulce jejich výčet a četnosti dohromady, i když tematicky se jedná o rozdílné jevy. Dále bude každá popsána zvlášť.

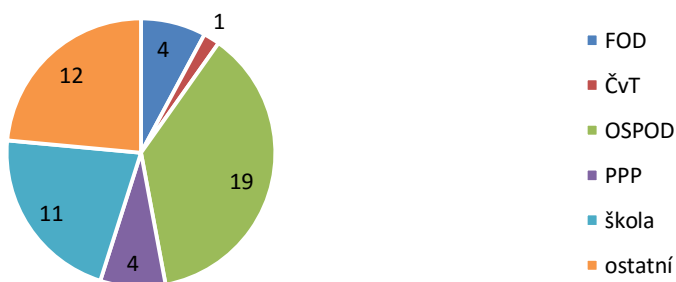
Tabulka 15: Graf četností proměnných v kategorii samostatných proměnných



Navázání kontaktu skrze instituci

Proměnná navázání kontaktu skrze instituci je nejčastější z celé datové matice, proběhlo ve více jak 70% případů. Při prvotní ohniskové skupině bylo naznačeno, že část klientely tvoří rodiny doporučené Orgánem sociálně právní ochrany dětí. I když RCUM nemá pravomoc vykonávat nad dětmi sociálně právní ochranu, je patrné, že je služba zde nabízená často vyhledávaným druhem pomoci a podpory.

Obrázek 19: Vysvětlení proměnné navázání kontaktu skrze instituci



Výšeč ostatní sdružuje jiné formy navázání kontaktu (přes média, skrze psychiatra/psychologa nebo přesměrování z jiné služby).

Ve 32 případech byl kontakt iniciován vyloženež po zásahu ze strany instituce a je tím míněno, že rodiče nevyhledali službu z vlastní iniciativy a aktivně, ale až na popud některé z institucí. Nejčastěji jí byl OSPOD, který má k tomu vhodnou pravomoc.

Spolupráce s jinou institucí

Spoluprací s jinou institucí je zde ponejvíce myšlena provázanost služby opět s OSPODem (pokud má rodina nařízený dohled, je to přímo nezbytné) a se školou. Garanti rodin se snaží vždy, když existují nějaké problémy dítěte ve škole, řešit situaci společně a nalézt přijatelné řešení pro všechny strany (včetně pomoci vyjednávání přestupu na jinou základní školu). Ve 3 případech spolupráce proběhla formou přesměrování na jinou službu (z důvodu specializovanějších služeb, jednalo se dvakrát o případ dítěte s podezřením na diagnózu v rámci autistického spektra a jednou o mentální postižení dítěte).

„Přišli na doporučení z fondu (pozn. FOD). Kluk byl hodně sociálně i mentálně zaostalý, matka se o něj vůbec nestarala. Na dobu byl odebraný z její péče a umístěný do Klokánku, potom si ho vzal otec, který trochu nezvládal, i když chtěl, handicap dítěte (pozn. nízké IQ). Kluk byl na speciální školu, někdy nebyl schopen ani sebeobsluhy. Nějakou dobu chodil na klub, ale byl velmi pozadu. Pracovalo se na otci, aby syna učil pravidlům a sebeobslužnosti, ale otec nedokázal chodit pravidelně. Dohodla se pro něj spolupráce v jiné organizace (pozn. SPOLU).“

Matka samoživitelka, absence mužského vzoru, finanční problémy v rodině

Jak bylo zmíněno v kapitole o jádrové kategorii faktorů rodinného prostředí, byly tyto tři proměnné ponechány zvlášť, i když sem kontextově nezapadají. I když jsou to všechno stavy, které mohou být v rámci rodiny proměnlivé, jsou zde chápány jako dlouhotrvající zátěž pro rodinu, na kterou naléhají i další potíže rodiny. Není výjimkou, že na sebe vzájemně nasedají (i když souvislost mezi matkou samoživitelkou a absencí mužského vzoru je zjevná).

„Poslední rok je rodina ve velké finanční krizi. Hrozilo jim vystěhování z bytu, několikrát dostali pomoc na oddlužení. Matka potřebuje, aby ji někdo vedl a staral se o ni. Nedokázala sem chodit pravidelně. Otec dítěte má novou rodinu, údajně se má rozvádět, jinak na něj kašle, ozývá se sporadicky, nedodrжуje sliby. Když u něj bydlel, byly to spíše velmi přísné hranice, matka zas nechává všechno na dítěti, všechno je ok.“

„Chlapec bydlí s maminkou samoživitelkou a mladší sestrou malou. S tátou žádný kontakt není. Poslali ho sem ze školy na doporučení školní psycholožky, když chlapec chodil do páté třídy. Ve čtvrté třídě proběhl rozvod rodičů. U něj jsou problémy, že nerespektuje hranice a autority, nespolupracuje ve výuce a nepřipravuje se doma do školy. Prý má ADHD, ale pochybujeme tady o tom. Spíš neměl vedení. Matka na něj neměla čas, byl hrozně zanedbaný.“

Přítom byl šikovný, do páté šesté třídy fungoval dobře. Když vešel do puberty, byl velmi vyzrálý. Ze strany matky to bylo prostě nezvládnuté, zanedbané.“

„Hodně o hranicích a komunikaci matky k dětem. Děti obě hodně kouří, vyhledávají i nedopalky. Jejich otec žije ve Šternberku, je cikán, no a má ještě benevolentnější hranice než matka. Děti za ním chtějí jezdit a jezdí tam často, a většinou se tam zhorší, protože otec je nechává dělat, co chtějí.“

Diagnóza ADHD, diagnóza SPU

Tyto dvě proměnné shrnují fakt, zda u dítěte je nebo není diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou nebo jakákoliv z forem specifických poruch učení.

„Chlapec má dyslexii. Přišli hlavně na doučko a poradenství, jak se učit s ním doma.“

„Paní učitelka chtěla dát holčičce dvojku z chování. Má ADHD, dyslexii, dysgrafii. V rodině jsou další čtyři sourozenci, je to funkční rodina a maminka je velmi fungující. Prospěchové je na tom dobře, paní učitelka prostě nebere, že má dys.“

„Přišli kvůli ADHD a pomoci v rámci výchovného vedení, taky aby měl další vyžití, získal náhled na to, co dělá a změnil svoje chování, protože měl velké problémy ve škole, prospěchové a hlavně chování.“

Pěstounství

Jako předchozí skupinka i tato proměnná ilustruje fakt, zdali se dítě nachází nebo nenachází v pěstounské péči. Většina pěstounů jsou prarodiče dítěte, z otcovy i matčiny strany, a často se potýkají s výchovnými problémy. Respektive jak mají dítě výchovně vést, zvláště jedná-li se o dítě s ADHD.

„Pěstouni, poradili jim to na OSPODu. Kluk má ADHD, je agresivní a má velké problémy ve škole, nerespektuje autoritu, klesal mu prospěch. Velmi dobrá spolupráce je v tomto případě se školní psycholožkou. Další zakázka je, jak má pěstounka říct, že je babička a ne maminka. Funguje zde propojení PPP, psychologa a psychiatra, aby dostal léky, protože babička zprvu odmítala. Kluk byl předčasně zaškolen, protože babička odmítla odklad. Ve škole začaly hned problémy – vyrušuje, utíká. Babička je sama velmi traumatizovaná, není výchovně pevná, ale v rámci docházení sem na pěstounské skupiny a edukace se drží, potřebovala by psychoterapii. Potřeboval by ji i děda, kterého dítě dlouho považovalo za otce. Žijí v trojgeneračním bytě a ADHD kluk neměl klid. Praděda v domácnosti je hodně násilný, agresivní, nervózní.“

12.3 Souvislosti mezi zjištěnými kategoriemi

V této kapitole se budeme věnovat spoluvýskytu vybraných kategorií a hledat mezi nimi souvislosti. Ke zjišťování souvislostí bylo využito statistického zpracování. U jádrových kategorií, které sloužily také jako škály (tzn., zaznamenávaly součty všech bodů 1 u proměnných spadající do dané jádrové kategorie) byla provedena Spearmanova korelace, u samostatných dichotomických kategorií se porovnávaly rozdíly pomocí Mann – Whitneyova U testu (porovnání mediánů). Všechny výsledky statistických testů jsou uvedeny v tabulce, včetně vyznačených statistických významností na hladině $\alpha = 0,05$.

Za interpretační hladinu jsme zvolili $r = 0,30$ a výše, jakožto prediktoru slabé, ale v rámci kvalitativního psychologického výzkumu důležité souvislosti. Korelovány byly skóry dosažené ve škále získaných bodů v dané kategorii (tj. součty všech ukazatelů 1, znamenající výskyt proměnné v daném případě). V tabulce jsou zaznamenány všechny naměřené korelační koeficienty a statistická významnost je znázorněna pomocí symbolu (*). Tučně jsou zvýrazněny interpretačně významné koeficienty, tedy nad hodnotu 0,3.

První tabulkou jsou přehledy korelací mezi jednotlivými jádrovými kategoriemi:

Tabulka 16: Spearmanovy korelace jádrových kategorií (*statisticky významné)

	Osobnostní projevy dítěte	Rizikové chování dítěte	Faktory rodinného prostředí	Poruchové vztahy dítěte	Školní problémy	Potenciál traumatizující události	Poruchy komunikace a hranic
Osobnostní projevy dítěte	1,00	0,28*	-0,04	0,32*	0,21	0,15	0,18
Rizikové chování	0,28*	1,00	0,17	0,38*	0,62*	-0,04	0,42*
Faktory rodinného prostředí	-0,04	0,17	1,00	0,33*	0,28*	0,23	0,34*
Poruchové vztahy	0,32*	0,38*	0,33*	1,00	0,33*	-0,05	0,26*
Školní problémy	0,21	0,62*	0,28*	0,33*	1,00	0,18	0,52*
Potenciál traumatizující události	0,15	-0,04	0,23	-0,05	0,18	1,00	0,11
Poruchy komunikace a hranic	0,18	0,42*	0,34*	0,26*	0,52*	0,11	1,00

Z tabulky je patrné, že nejtěsnější vztah mají kategorie školní problémy a rizikové chování.

„Doporučili ho sem ze základky. Kluk začal mít problémy ve škole, on chodí do praktické. Teď chodí do čtvrté třídy, už jednou propadl a jednou měl odklad. Myslím si, že základku ani nedochodí (pozn. myšleno tak, že devět let povinné docházky mu skončí např. v šesté třídě). Tráví čas tak, že se poflakuje venku nebo chodí s kamarády do nízkopraháče. Kouří cigarety a marihuanu. U něj hraje hodně roli nevhodná parta, částečně jsou to i jeho bratřenci.“

Ukázalo se, že velice významnou kategorií, co do provázanosti s ostatními kategoriemi, jsou poruchové vztahy dítěte. Zdá se, že porucha v bazálních vztazích s pečujícími osobami má pro dítě dalekosáhlé důsledky, které negativně ovlivňují aspekty života dítěte.

Nejvyšší korelaci s poruchovými vztahy měla jádrová kategorie rizikové chování. Stejně korelační koeficienty byly naměřeny s jádrovými kategoriemi faktory rodinného prostředí a školní problémy.

„Matka je zatížená dluhem, o kterém nechce, aby o tom otec věděl. Chce do budoucna od otce odejít, ale musí nejdříve splatit dluh, protože sama by nepřežila z ekonomických důvodů. Současným cílem je ulevit matce v péči o děti se školou, asi by potřebovala terapii, je si vědoma svých problémů, ale spíše by to řešila prášky. Je hodně jednoduchá a nedůvěřivá a celkem promiskuitní. Má nezdravý náhled na vztahy. Otec jí doma s ničím nepomáhá, ani s drobnými mužskými pracemi. Matka je tyto neshody sama neschopná řešit. Holka 10 let, potřebuje pomoc, protože nezvládá přípravu s dcerou do školy. Partner matky možná není otcem dítěte. Holčička funguje, ale tak jak jí to dovoluje domácí prostředí.“

Nejmenší, ale stále vysoký koeficient byl vypočítán s jádrovou kategorií osobnostních projevů dítěte.

„Kluk byl u psychologů s tím, že má úzkostné stavy a třes, zhoršený školní prospěch. Těžce nesl konflikt mezi rodiči a rozchod. Býval svědkem jejich sporů. Je výrazně fixovaný na matku i na babičku z matčiny strany. Vztah k otci je ambivalentní, spíše negativní. Když k němu měl jít, měl fyzické projevy, jako třes, a plakal. Zhoršil se mu prospěch a chování ve škole.“

Druhý nejvyšší korelační koeficient byl zjištěn mezi jádrovými kategoriemi poruchy komunikace a hranic a školními problémy. Dále korelovaly poruchy komunikace a hranic s rizikovým chováním a s faktory rodinného prostředí. Z těchto výsledků lze usuzovat na to, že absence bezpečných hranic a efektivní komunikace, která vychází primárně z nevhodného

rodinného prostředí, způsobuje problémy dítěte jak ve výchově, tak ve škole. Je snadné překročit pomyslnou čáru, kterou hodnotíme, zda už je chování problémové, když ji dítě nezná. Také se dítě, které hypoteticky nemá v životě pevně danou strukturu a vedení, může trápit ve školním prostředí, nemusí zvládat tempo školních požadavků a adaptovat se na jiné prostředí.

„Matka měla obavy, že ho výchovně nezvládá. Kluk ze začátku nevěděl, proč tady je, nevadí mu to, má mamku rád a chtěl, aby byla šťastná. Myslel, že přišel kvůli dítce za kouření na záchodě ve škole. Má mladší sestru. V dubnu 2015 se odstěhoval otec, hodně se s klukem hádal. Kluk kouří od třinácti let, matce se to nelíbí, ale kouří i před ní. Kluk přestal postupně chodit na karate, které dělal od malička. Otec je voják z povolání a není to jeho biologický otec, což se kluk dozvěděl teď v těch čtrnácti patnácti letech. V sedmé třídě přešel na speciální základní školu, protože měl velké problémy ve škole, ale matka toho zpětně lituje, protože schopnosti má na běžnou školu. Upravovala se komunikace, bavili se zde o tabu tématech. Máma si postupně dávala vinu, že komunikace mezi nimi je špatná.“

U kategorie potenciál traumatizující události se nevyskytovaly žádné statisticky významné korelace. I když však není naměřena, dle kvalitativních rozborů lze říci, že kde je přítomno trauma, bývá dítě vždy poznamenáno a může to mít různé důsledky.

„Otec fetoval i prodával drogy, za přítomnosti dětí byl doma sebrán jednotkou rychlého nasazení. Pro děti to byl ohromný šok. Kluk pak hodně utíkal ze školy domů, protože měl obavy, že matku taky zatknou a odvedou. Měl problém s docházkou do školy, utíkal skoro denně nebo tam vůbec nedorazil. Tím začala spolupráce. Má poruchu pozornosti, zřejmě v důsledku životních událostí. Je deprivovaný a nevyzrálý.“

Nízké korelační koeficienty u faktorů rodinného prostředí je třeba v tomto případě brát s rezervou, protože ve škále chybí tři nejzásadnější proměnné, které by se do korelací měly započítat. Jsou jimi matka samoživitelka, absence mužského vzoru a finanční problémy v rodině. Všechny tyto proměnné se ukázaly při kvalitativní analýze jako důležité, proto byly ponechány zvlášť. Nicméně, je třeba zdůraznit, že i tak vyšly některé korelace s ostatními jádrovými kategoriemi statisticky významně, viz výše, což poukazuje na významnost faktorů rodinného prostředí, i když do nich tyto tři „hlavní“ proměnné nebyly započítány.

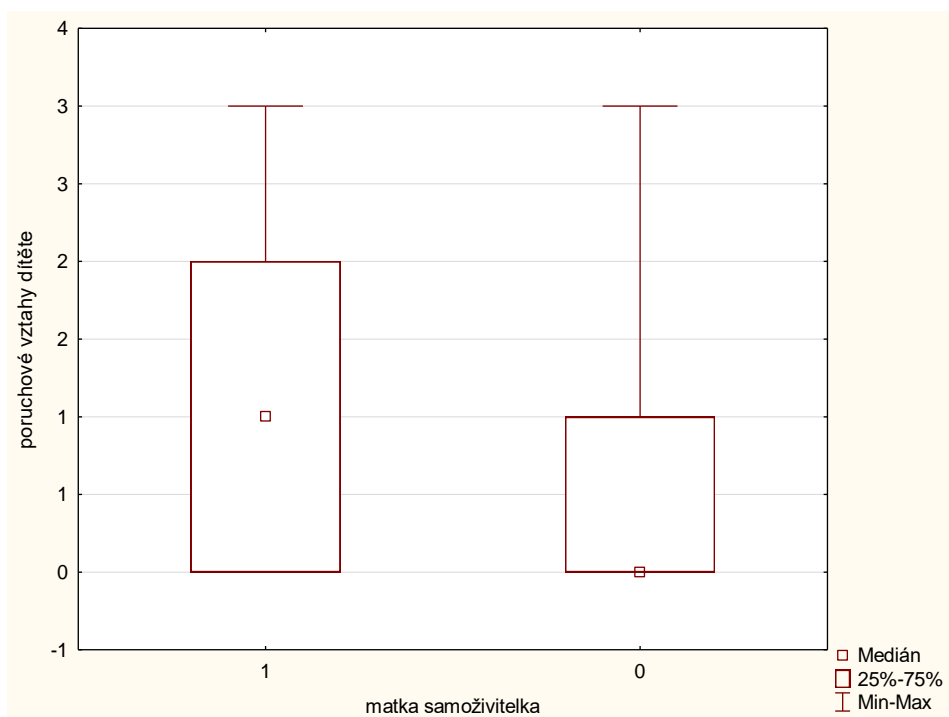
Následuje rozepsání proměnných matka samoživitelka, finanční problémy v rodině a absence mužského vzoru. Jejich vztah k jádrovým kategoriím byl statisticky posouzen Mann – Whitney U testem (ukázky a podrobné výsledky testů v příloze 5).

Proměnná matka samoživitelka vyšla statisticky významně s těmito jádrovými kategoriemi:

- faktory rodinného prostředí: p-hodnota = 0,048
- rizikové chování dítěte: p-hodnota = 0,015
- poruchové vztahy v rodině: p-hodnota = 0,011
- školní problémy: p-hodnota = 0,012
- poruchy komunikace a hranic: p-hodnota = 0,019.

Nejvýznamnější vztah byl naměřen s jádrovou kategorií poruchové vztahy.

Obrázek 20: Krabicový graf mediánů proměnných matka samoživitelka a poruchové vztahy dítěte



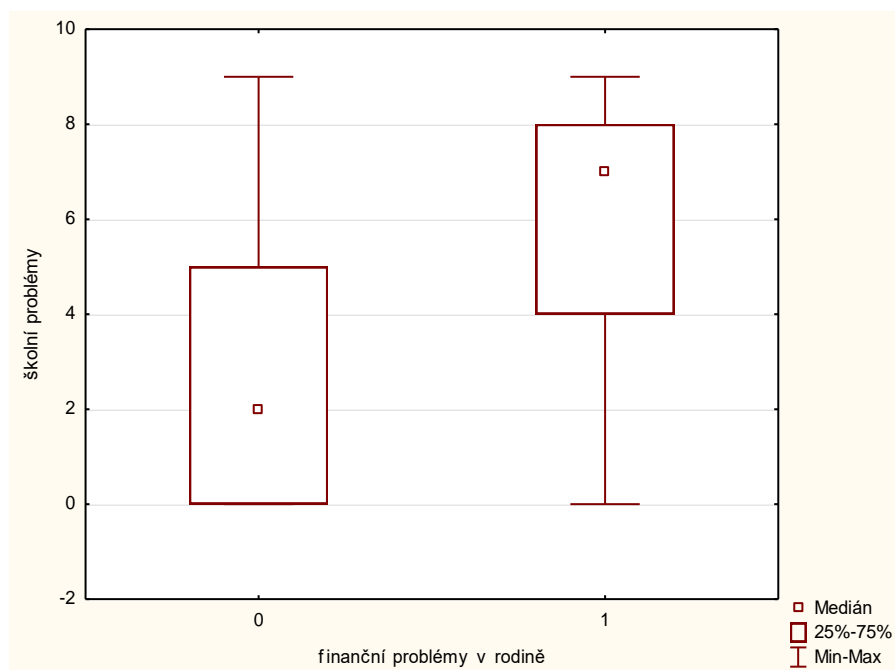
„Dříve bydleli s maminkou a jejím partnerem na hoteláku, není to jeho biologický otec, ale dítě ho má za otce. Matka je teď samoživitelka a syn je prognosticky problémový. V rodině je ještě mladší syn s neurodegenerativním onemocněním. Vztah mezi rodiči nefungoval, protože probíhalo domácí násilí. Otec pil doma často alkohol a poté byl agresivní a vulgární. U matky se potom postupně rozvinula psychotická porucha. Na konci spolupráce byly děti svěřeny do péče prarodičů. Matka byla poslána na léčbu, ale zřejmě přestala docházet. Dále měli problémy s dluhy, brali si hrozně nevýhodné půjčky. Byli dvakrát na intervenčním centru a sem přišli na základě kurátora, že kluk měl problémy ve škole. Ale problémy vycházely z rodinných vztahů.“

Proměnná finanční problémy v rodině vyšla statisticky významně s následujícími jádrovými kategoriemi:

- faktory rodinného prostředí: p-hodnota = 0,001;
- poruchové vztahy v rodině: p-hodnota = 0,019;
- školní problémy: p-hodnota = 0,000;
- poruchy komunikace a hranic: p-hodnota = 0,000.

Nejvýznamnější vztah byl zjištěn s jádrovou kategorií školní problémy.

Obrázek 21: Krabicový graf mediánů proměnných finanční problémy v rodině a školní problémy



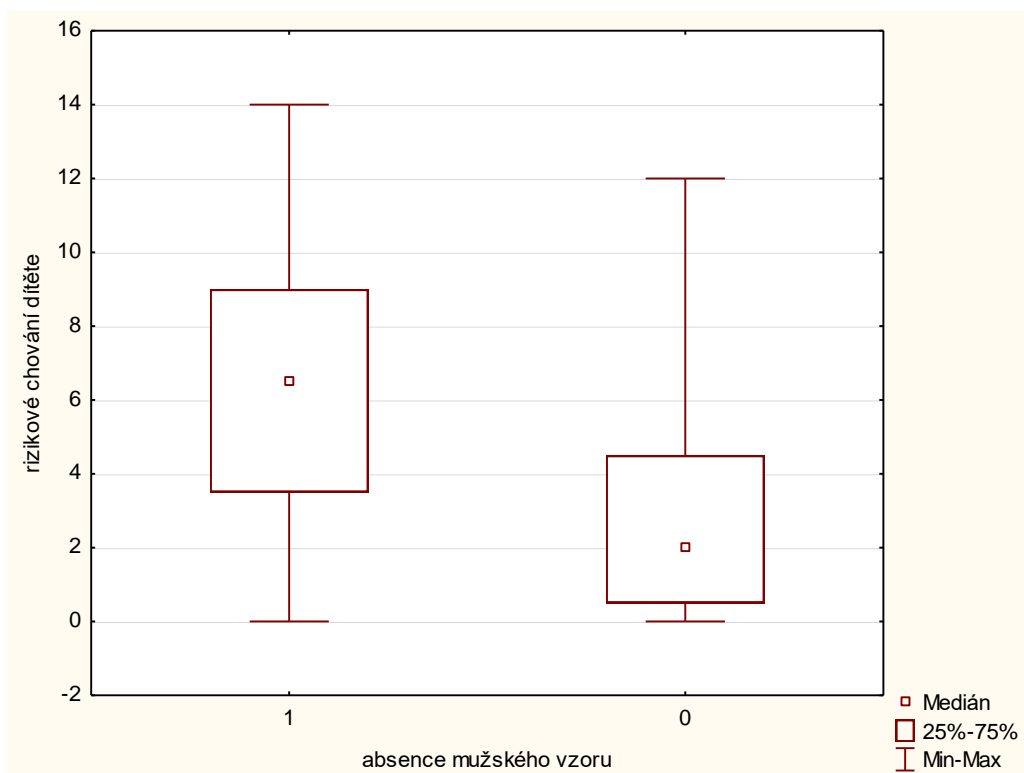
„Dívka má problémy ve škole, docházela kvůli známám na program doučování. Její rodiče měli nízké vzdělání, byla s nimi těžká komunikace. V té době měla rodina i problémy s penězi a vyřizovalo se pěstounství. Dítě nebylo výchově problémové, jenom ty známky.“

Proměnná absence mužského vzoru měla statisticky významné rozdíly v porovnání s následujícími jádrovými kategoriemi:

- osobnostní projevy dítěte: p-hodnota = 0,030;
- rizikové chování dítěte: p-hodnota = 0,000;
- školní problémy: p-hodnota = 0,006;
- poruchy komunikace a hranic: p-hodnota = 0,001.

Zde byl největší rozdíl mediánů pozorován u jádrové kategorie rizikové chování.

Obrázek 22: Krabicový graf mediánů proměnných absence mužského vzoru a rizikové chování



„Přišla maminka s tím, že kluk má trojku z chování a hrozí propadnutí ze třech předmětů. Nakonec to tak i skončilo a opakoval. Nosí pořád poznámky, není ADHD. Skoro se neučí, proběhlo u něj hodně výchovných komisí.“

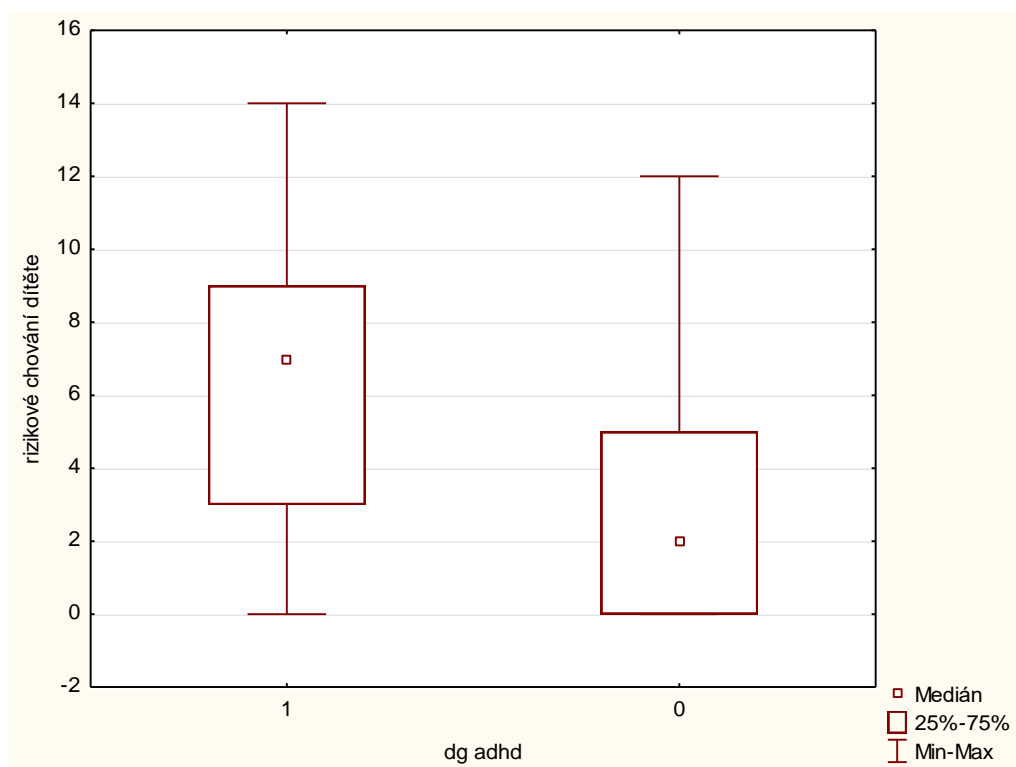
Porovnání rozdílů u proměnné navázání kontaktu skrze instituci vyšlo statisticky významně se dvěma jádrovými kategoriemi:

- rizikové chování dítěte: p-hodnota = 0,031;
- školní problémy: = 0,049.

Poslední dichotomickou proměnnou, u které byla naměřena statistická významnost, je proměnná diagnóza ADHD. Byla zjištěna u porovnání s kategorií:

- rizikové chování dítěte: p-hodnota = 0,002.

Obrázek 23: Krabicový graf mediánů proměnných dg adhd a rizikové chování dítěte



U dalších dichotomických proměnných nebyla nalezena žádná statisticky významná souvislost.

Na závěr předkládáme jednu vybranou kazuistiku, která přibližuje typické problémy rodiny:

Když se matka seznámila s otcem dítěte, měla v té době dceru 2,5 let. Nastěhovali se k sobě, ale mezi partnery začaly problémy (otec nepracoval, chodil pozdě domů, nestaral se). Otěhotněla neplánovaně, do 4 let dítěte bydleli společně, pak se rozešli a matka odešla od otce dítěte bydlet k jejím rodičům a je tam doteď. Matka sama měla komplikovaný vztah s rodiči, nyní na ně nedá dopustit a stará se o ně. Dítě má otce moc rádo, ale vídají se nepravidelně, otec nedodrží sliby. Dítěti je 12 let, v RCUM od 8 na dop. od psychiatra z FN, jak zvládat situaci ADHD a problémů ve škole. Velmi nevhodné bytové podmínky, matka bydlí s dětmi v jedné místnosti, společně s prarodiči sdílí kuchyň a koupelnu. Dítě se hodně hádá se svou sestrou (rivalita, dodržování hranic). Kluk je na matce závislý, je hodně živý. Do školy se těšil, nedodržel ale dop. odkladu školy, takže si tam s nikým moc nerozuměl, nedokázal se zapojit, vyrušoval. Nyní je hodně zamedikovaný (na ADHD). Osobnost dítěte: nechá se velmi snadno vyprovokovat, má na to zřejmě vliv jeho domácí prostředí. Matka je hodně výkonová a není skoro doma. Soužití s prarodiči je špatné. Matka nechce, aby se dítě stýkalo se špatnou partou, tak ho nikam radši nepouští. Matka začala mít trochu náhled, ale k jejímu pracovnímu vytížení nebo příp. nemocech nemá čas na sobě pracovat. Pracuje se s agresí dítěte, neumí se zklidnit.

13 Diskuze

Hlavním požadavkem této práce bylo odpovědět na otázku, kdo potřebuje využívat služeb sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi Rodinného centra U Mloka v Olomouci. Proto, aby tato odpověď byla vyčerpávající, bylo třeba zmapovat současnou klientelu RCUM a podat systematický přehled zakázek, neboli s jakými zakázkami různí lidé vyhledávají pomoc a podporu právě v RCUM.

Výzkumný soubor tvořilo 68 případů, což byli dětští klienti RCUM a jejich rodiny. Tyto rodiny využívaly služeb RCUM v letech 2014 a 2015, někteří klienti byli ve službě čerstvě, jiní už z předešlých let. Specifický výběr výzkumného souboru a časové vymezení s sebou samozřejmě přináší velká omezení. I když téma bylo tzv. šité na míru konkrétní organizaci, ideálním cílem této práce bylo získat některá preventivní doporučení, která by mohla platit obecně. Tím, že byla analyzována pouze určitá výseč rodin, které již jsou nějakým způsobem problémové, mohou být tato doporučení zkreslena nebo nedostatečná. Nicméně, zásadou prevence je předcházet nežádoucímu, proto i drobné přispění k této problematice může být přínosné.

Věkové zastoupení dětí v souboru bylo různé a převažovalo ve věku nad deset let při nástupu do služby. Autorka se snažila vysledovat nějaký trend, co se týče věku a míry obtíží (celkový skór), ale ani statistickou metodou ani kvalitativním rozbořem nebyl nalezen. Když si však představíme, že ve věku deseti let je dítě žákem přibližně čtvrté třídy, nabízí se otázka, zda by bylo možné ohrožené děti identifikovat dříve, tak jak je to v souladu s principy indikované prevence. Zajímavá je absence věkové kategorie 6 let, čili věku, kdy děti zpravidla nastupují do první třídy. Z rozhovorů vyplynulo, že některé potíže a zejména ty školní začínají nezvládnutým nástupem právě do první třídy. Přesto v daném věku podobné služby nikdo nevyhledá a nabízí se otázka, proč tomu tak je. Možná nejsou potíže dětí brány dostatečně vážně a jsou považovány spíše za dočasné nepřizpůsobení školnímu prostředí. To je samozřejmě do určité míry přirozené, protože nástup dítěte do školy představuje velkou změnu v jeho dosavadním životě. Nicméně se ukázalo, že pro některé děti je špatná adaptace na školní prostředí skutečným problémem. Špatné přizpůsobení můžeme zpozorovat tehdy, když žák nedokáže udržet pozornost, neposlouchá učitele, vyrušuje, má obtíže s osvojováním látky, je přehnaně úzkostné nebo naopak agresivní a má potíže se zapadnutím do vrstevnického kolektivu. Ukázalo se, že se jedná převážně o ty děti, kterým byl doporučen odklad, ale nebyl dodržen. Podobné potíže mají i děti s diagnózou ADHD, u těch je ale potřeba navíc speciálního přístupu. Ze zamyšlení nad tímto tématem

vyplývá, že by bylo vhodné doporučit učitelům, aby se právě na takové děti zaměřili a mohli případně včas doporučit rodičům buď dodatečný odklad, nebo spolupráci s některou ze sociálních služeb pro rodiny s dětmi. V ideálním případě by screening měl začít již u zápisu do školy.

Z výsledků vyplynulo, že existuje řada potíží, které lze tematicky rozčlenit do několika kategorií a které jsou zároveň zdrojem problémů. Existuje problematická oblast vycházející z faktorů rodinného prostředí, osobnostního nastavení dítěte (které je spíše úzkostné) a také oblast rizikového chování dítěte. Dalšími oblastmi jsou školní problémy, poruchové vztahy dítěte a také oblast týkající se problémové komunikace a nastavení výchovných hranic. Problémy mohou pramenit také z událostí, které mají potenciál vyvolání traumatu u dítěte a z různých skutečností, jako je přítomnost diagnózy, pěstounská péče nebo způsob navázání spolupráce.

Mezi všemi zmíněnými oblastmi je široká provázanost a je to logické. Jen málokdy bývá v reálném životě problém ohraničený. Avšak lze říci, že některé jevy spolu souvisí více a jiné méně. Nejmenší souvislosti byly zjištěny u kategorie osobnostní projevy dítěte a u kategorie potenciál traumatizující události nebyly dokonce zjištěny žádné statisticky významné korelace. Už z definice traumatu je známo, že se jedná zpravidla o nečekané zasažení vnějších událostí do života, buď prudce a náhle nebo s menší intenzitou, zato dlouhodobě. Statisticky naměřené souvislosti se proto u tak komplikovaného fenoménu mohou zdát nedostačující a neexistující statistická významnost nemusí být relevantní. Trauma je nepředvídatelné a těžko lze u něj hledat preventivní opatření.

To však nejde říci o zbytku kategorií, které představují problémové oblasti. Nejsilnější vztah byl naměřen mezi kategoriemi rizikového chování a školních problémů. Když se nad tímto propojením zamyslíme, lze uvažovat tak, že důsledky školních problémů i rizikového chování jsou objektivně pozorovatelné, více méně měřitelné a tedy „hmatatelné“. Je to něco, co je vidět na první pohled a také bývají problémy z těchto oblastí často podnětem ke stížnostem na dítě. Jak bylo řečeno na ohniskových skupinách s pracovníky, ve spoustě případů je patrný obrovský tlak ze strany školy. Požadují, aby s dítětem byla provedena „nějaká změna“, aby se začalo lépe chovat, jinak hrozí vyloučením ze školy nebo psychiatrií (na toto doporučení někteří rodiče dají, snaživější rodiče prvně hledají pomoc jinde). I když některé děti mohou být samozřejmě obtížně zvladatelné, protože mají takový osobnostní temperament, často se však na pozadí těchto „viditelných“ problémů odehrávají situace, které dítěti ztěžují život, aniž by na nich nesl vinu. Problémové chování i školní neúspěšnost potom mohou být chápány reaktivně k těmto situacím.

V některých případech se jedná o nepochopení nebo neakceptování diagnóz. Je faktem, že děti s ADHD, ADD nebo SPU vyžadují specifický přístup, a to jak ve výchově, tak ve vzdělávání. Projevy v souladu s diagnózou mohou být učiteli (i rodiči) považovány za zlobení nebo provokování. Zde autorka vidí prostor pro větší edukaci učitelů a dalších zaměstnanců školy, která by mohla vést k většímu porozumění – diagnózám a tak i dítěti.

V jiných případech se v rodinném životě dítěte dějí události, které jsou pro něj zdrojem zátěže. Je ovlivňováno nefungujícím rodinným systémem, neadekvátní komunikací, příliš benevolentním, příliš tvrdým nebo ambivalentním výchovným působením. Také na něj mohou být přenášeny vlastní problémy rodičů. Jako důležitá se v tomto smyslu ukázala role matky samoživitelky, spojená s absencí mužského vzoru. Matka samoživitelka musí většinou věnovat hodně času pracovním povinnostem, aby uživila rodinu, a nezbývá ji proto čas (a možná ani energie) na výchovu dítěte, na pomoc dítěti s domácí přípravou do školy ani na budování pěkného vztahu s dítětem, který by hypoteticky mohl vyvažovat jiné nepříznivé okolnosti. Má-li rodina navíc finanční problémy, je možná péče o dítě ještě více upozaděna a rodič se soustředí zejména na vyřešení situace rodiny. Všechny tyto problémy mají bohužel tendenci se kupit a cyklit a lze jen těžko zpětně hledat příčinu.

Zde autorka vidí veliký potenciál v práci školního psychologa. Školní psycholog, jakožto člověk s psychologickým vzděláním, může být ve škole v pozici nezaujatého pozorovatele, který však má povědomí o všech zmíněných problematikách – nevidí tedy jenom školní neúspěchy a výchovné problémy. Ze své role by školní psycholog také mohl být zprostředkovatelem znalostí o diagnózách a specifických potřebách dítěte, což by pokrylo potřebu edukace navrženou výše. V rámci náplně práce školního psychologa je mimo jiné screening třídy. Tím může být zachyceno, kteří žáci jsou problémovější, ale kteří jsou také naopak upozaděni. Výhodou je, že školní psycholog se pohybuje přímo ve školním prostředí a má možnost potenciálně problémové dítě přímo pozorovat a i hned s ním navázat kontakt. Může se tak v osobním rozhovoru s ním nebo s jeho rodiči dozvědět další informace, které jsou důležité pro porozumění jeho životnímu příběhu a které mohou vysvětlovat, proč se dítě chová zrovna takovým způsobem. Školní psycholog může nabídnout prvotní pomoc dítěti i rodičům a také rodinu namotivovat ke spolupráci s organizacemi, které rodině zajistí komplexní péči a podporu.

Pokud bychom měli z této úvahy formulovat doporučení vztahené k Rodinnému centru U Mloka a podobným službám, bylo by takové, aby se pracovníci více zaměřovali na kontakt se školními psychology, kteří by mohli být tzv. přestupným můstkem před

navázáním spolupráce. Bylo by vhodné, aby měl školní psycholog přístup ke konkrétním jevům a měl tak ponětí, které faktory mohou vést k tomu, že je dítě ohroženo. Ty byly nasbírány např. v tomto výzkumu a jejich důležitost dokazuje fakt, že vycházely ze skutečných anamnéz indikované klientely. Je třeba zmínit, že se jedná jak o vysoce četné a nápadné jevy, ale také o málo četné nebo jedinečné jevy, které však mají stejnou významnost.

Pokud bychom měli jmenovat úskalí formulovaného doporučení, přichází v úvahu dvě věci. I když je školní psycholog stále častěji součástí školy, není samozřejmost ani povinnost školy školního psychologa najmout. Doporučení by potom mohlo směřovat k výchovným poradcům a metodikům prevence, kteří jsou zaměstnanci školy.

Druhé úskalí vidí autorka v malých kapacitách sociálních služeb. I kdyby spolupráce se školními psychology efektivně fungovala, nebyla by co platná, pokud by v zařízení nebyla možnost věnovat se vybraným rodinám. Ideálním řešením by bylo samozřejmě posílení těchto služeb a podpoření (zejména finanční) činnosti těchto záslužných organizací ze strany státu a donátorů.

14 Závěry

Cílem diplomové práce bylo zmapovat klientelu RCUM a podat systematický přehled zakázek. Závěry výzkumu této diplomové práce jsou následující:

Potíže klientů se dají rozčlenit do sedmi tematických kategorií, kterými jsou:

- faktory rodinného prostředí,
- osobnostní projevy dítěte,
- rizikové chování dítěte,
- školní problémy,
- poruchové vztahy dítěte,
- problémy s hranicemi a komunikací,
- potenciál traumatizující události.

Jedna kategorie sdružuje dichotomické jevy, které nebyly zařazeny do zmíněných kategorií.

Za dané kategorie jsou nejtypičtějsími (nejčastějšími) problémy tyto jevy:

nízké vzdělání rodiče, domácí nepodnětné prostředí, kumulace menších výchovných přečinů, výchovné problémy ve škole, potíže se začleněním do skupiny, absence volnočasové aktivity, poruchy vztahu rodič – dítě, fixace na dospělého, vzdělávací problémy a problémy s učením, mezery v učivu, prospěchové problémy, deprivace dítěte, zdravotní problémy dítěte, oběť šikany, nefungující komunikace, absence výchovných hranic, ADHD, matka samoživitelka, absence mužského vzoru a finanční problémy v rodině. Nejčastěji probíhá navázání služby skrze instituci, včetně nařízení spolupráce a také je častá spolupráce s dalšími institucemi (nejvíce OSPOD a škola).

Statisticky významné souvislosti nebo rozdíly byly zjištěny mezi kategoriemi:

- osobnostní projevy dítěte a poruchové vztahy dítěte; a absence mužského vzoru;
- rizikové chování dítěte a poruchové vztahy dítěte; a školní problémy; a poruchy komunikace a hranic; a matka samoživitelka; a ADHD; a absence mužského vzoru; a navázání kontaktu skrze instituci;
- faktory rodinného prostředí a poruchové vztahy dítěte; a poruchy komunikace a hranic; a matka samoživitelka; a finanční problémy v rodině;
- poruchové vztahy dítěte a školní problémy; a matka samoživitelka; a finanční problémy v rodině;
- školní problémy a poruchy komunikace a hranic; a matka samoživitelka; finanční problémy v rodině; a absence mužského vzoru; a navázání kontaktu skrze instituci.
- poruchy komunikace a hranice a matka samoživitelka; a finanční problémy v rodině; a absence mužského vzoru.

Souhrn

Magisterská práce s názvem *Indikovaná prevence a včasná intervence u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* je teoreticko – výzkumná. V úvodu se čtenář dozvěděl, že výzkumný záměr vyvstal po domluvě s vedoucí Rodinného centra U Mloka, které funguje právě jako sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi a které je součástí spolku P-centrum v Olomouci. Cílem spolupráce bylo laicky řečeno zodpovězení otázky „*Kdo nás potřebuje?*“. Ideálním posláním výzkumu bylo odhalení konkrétních jevů vztahujících se k problémům rodiny a objevit tak potenciál pro preventivní doporučení.

V teoretické části se autorka zprvu zabývala přiblížením pojmu sociálně ohrožená rodina a naznačila systém péče o ni v České republice. Následovalo užší zaměření na sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a jejich vymezení ze zákona, včetně nabízených aktivit. Byl také ukázán celorepublikový přehled klientů, které tyto služby využívají. Z něho bylo patrné, že Olomoucký kraj spadá do druhé nejméně četné kategorie. Dále byl podán výčet sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi v Olomouci a speciální kapitola byla věnována Rodinnému centru U Mloka, jakožto organizace klíčové pro výzkumný záměr. Čtenář se seznámil s posláním RCUM a jeho fungováním, větší prostor byl ponechán k popisu aktivit nabízených dětským i dospělým klientům.

Druhá větší kapitola pojednávala o systému prevence a největší důraz byl kladen na prevenci indikovanou. Ta by mohla být zkráceně definována jako zaměřená na ty jedince, u nichž je vysoké riziko vzniku nebo již existence nějakého nežádoucího jevu. Je tedy specificky zaměřená a uplatňují se při ní včasné intervence, které se v některých případech mohou překrývat s léčbou.

Ve zbytku teoretické části se autorka rozepisovala o jednotlivých problematikách, které nějakým způsobem narušují běžný chod rodiny a péči o dítě. U všech těchto vybraných problematik byly vždy uvedeny prevalenční údaje, nejčastěji vztažené k roku 2014.

Jako první z těchto problematik byly popsány poruchy psychického vývoje v dětství a dorostovém věku a z nich konkrétně specifické poruchy chování (ADHD, ADD), specifické poruchy učení a trauma u dětí. Dalším velkým tématem byly děti a rodiny ohrožené prostředím, kde byla pozornost věnována syndromu CAN a psychické deprivaci. Také bylo zmíněno domácí násilí včetně statistik přímo za Olomoucký kraj.

Další tematický blok představovaly děti v náhradní rodinné péči nebo v ústavní a ochranné výchově. Z náhradní rodinné péče bylo blíže rozepsáno pouze pěstounství, protože

ostatní formy nebyly k danému tématu relevantní. Poslední kapitola v teoretické části rozebírala problematiku rizikové chování u dětí, včetně různé terminologie a konkrétních podob rizikového chování. Tím skončila první, teoretická polovina práce.

Formulací výzkumného problému začala druhá, výzkumná polovina práce. Bylo podrobněji rozepsáno to, co bylo naznačeno v úvodu. Autorka objasnila, že téma se jí osobně dotýká, protože do RCUM chodí třetím rokem jako dobrovolnice. S vedením RCUM se dohodla na konkrétním výzkumném záměru, kterým by pokryla potřebu zjistit, jací lidé a jaké rodiny jejich služby potřebují a využívají. K provedení tohoto záměru bylo nutné zmapovat dosavadní klientelu a vytvořit systematický přehled typických a méně častých zakázek. Proto si v diplomové práci kladla tyto cíle:

- zmapovat problémy klientů RCUM v širším kontextu jejich případů,
- vytvořit systematický přehled typických zakázek a méně častých zakázek,
- vyjmenovat explicitně skupinu zjištěných ohrožujících a rizikových faktorů,
- najít a popsat souvislosti mezi zjištěními jevy,
- získané výsledky představit na konkrétních kazuistikách.

Vzhledem k povaze výzkumného problému byl zvolen smíšený typ výzkumu s převahou v kvalitativním zpracování. Jednalo se o kombinaci případových studií a obsahové analýzy dokumentů. Zdrojem dat byli pracovníci RCUM, se kterými byli provedeny dvě ohniskové skupiny, čtyři několikahodinové rozhovory a také jim byl dán na vyplnění dotazník, který zachycoval některé konkrétní jevy. Metodou, která se prolínala celým sběrem dat, byla obsahová analýza dokumentů. Účelem sběru dat bylo shromáždění sociálních anamnéz každého případu, který byl evidován ve sledovaném období.

Obsahová analýza byla nejdůležitější i při zpracování dat. S daty byl učiněn dlouhý proces, kterým se u každého případu nejprve vyznačila klíčová slova, potom byla všechna seskupena a podrobena další analýze. Konečnými úpravami vzniklo 110 kódů, které sjednocovaly pojmenování nalezených klíčových slov, ale uchovávaly citlivost dat. Kódy byly zaneseny do excelové tabulky a u každého případu byla vyznačena jejich přítomnost nebo absence. Novým analyzováním kódů bylo vytvořeno osm tzv. jádrových kategorií. Sedm z nich bylo tematicky zaměřených a jedna sdružovala ostatní, nezařaditelné jevy. Kódy byly potom také v excelové tabulce sdruženy podle jádrových kategorií a u každého případu byl vypočítán skór za danou kategorii i celkový skór za všechny kategorie. Vznikla tak přehledná matice dat, která navíc umožňovala další statistické zpracování (popisné statistiky, Spearmanova korelace, Mann – Whitney U test).

Co se týče etické stránky výzkumu, autorka neměla přístup k žádným jménům ani dětských, ani dospělých klientů. Všechny informace byly předány skrze pracovníky RCUM. Byl dodržen závazek zpracování výsledků pouze ke studijním účelům.

Výzkumný soubor tvořilo 68 případů (dětí a potažmo jejich rodin), které byly vybrány metodou totálního výběru. Jednalo se o klienty využívající služeb RCUM v letech 2014 a 2015.

V první části výsledků byl čtenář seznámen s informacemi vytěženými z ohniskových skupin. V druhé části byly prezentovány jednotlivé jádrové kategorie a uvedeny kódy, které pod ně patřily. Jmenovitě byly stvořeny tyto jádrové kategorie: faktory rodinného prostředí, osobnostní projevy dítěte, rizikové chování dítěte, poruchové vztahy dítěte, školní problémy, potenciál traumatizující události, poruchy komunikace a hranic, přehled samostatných kategorií (dichotomické proměnné, které buď tematicky nezapadaly, nebo byly ponechány zvlášť pro účely statistického zpracování). Pomocí kvantifikace bylo znázorněno, jaké byly u daného kódu četnosti za soubor. Nejčastějším kódem bylo navázání kontaktu skrze instituci.

Mezi jádrovými kategoriemi byla také zjišťována statistická významnost Spearmanovou korelací pro neparametrická data a u dichotomických proměnných proběhlo porovnání mediánů pomocí Mann – Whitney U testů. Statisticky významné souvislosti nebo rozdíly byly zjištěny u většiny kategorií, žádná nebyla nalezena akorát u kategorie potenciál traumatizující události. Největší byla naměřena mezi rizikovým chováním dítěte a školními problémy.

Po prezentování těchto výsledků následovala diskuze, kde autorka uvažovala nad získanými výsledky, nad průběhem výzkumu a aplikací výsledků do praxe. Dospěla k přesvědčení, že by bylo vhodné zdůraznit úlohu školního psychologa, který by dítěti mohl nabídnout prvotní pomoc ve všech nalezených problémových oblastech života dítěte a který by rodině zprostředkoval kontakt s adekvátními službami, které by rodině dodaly další nutnou péči a podporu.

V poslední kapitole autorka shrnula všechny získané výsledky.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Alexander, D. I. (1997). Aggression (mild, moderate, severe, extreme – violence). In Říčan, P., Krejčířová, D. (2011). *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing.

Asociace dospělých pro hyperaktivní děti (2009). *Brožura o ADHD. Dávejme problémům správná jména, jen tak jen tak je dokážeme řešit, stejně jako ADHD, společně*. Dostupné z http://www.adehade.cz/underwood/download/files/brozura_ADHD_final.pdf

Asociace dospělých pro hyperaktivní děti (2009). ADHD. Skutečný problém skutečných dětí. Dostupné z <http://www.adehade.cz/ucitele/>

Bílý kruh bezpečí, domacinasili.cz. (2007 - 2016). *Přehled o vykazání v ČR za celý rok 2015*. Dostupné z <http://www.domacinasili.cz/statistiky/>

Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2005). Adolescent and risk. Behaviors, functions, and protective factors. New York: Springer.

Boyle, M. H., Offord, D. R. (1990). primary Prevention of Conduct Disorder: Issues and Prospects. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 29 (2), 227-233. doi:10.1097/00004583-199003000-00011

Catherall, D. R. (Ed.). (2004). *Handdbook of Stress, Trauma, and Familly*. New Yourk: Brunner-Routledge.

CNS Healthcare (2016). *Information About ADHD, Treatment and Medication*. Dostupné z <http://www.cnshealthcare.com/disorders/ADHD-add/ADHD-add-information.php#more-about-ADHD>

Černý, M. (2010). *Základní úrovně provádění primární prevence*. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová & P. Novák (Eds.). Primární prevence rizikového chování ve školství (42-43). Tišnov: Sdružení SCAN.

Člověk v tísní, o.p.s. (2013). *O nás*. Získáno z <https://www.clovekvtisni.cz/cs/o-nas>

Člověk v tísni, o.p.s. (2013). *Sociální integrace*. Získáno z <https://www.clovekvtisni.cz/cs/socialni-prace>

Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Dunovský, J. a kol. (1995). *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. Dostupné z <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). *Indicated prevention*. Dostupné z <http://www.emcdda.europa.eu/themes/indicated-prevention>

Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (nedat). *POP1 Child Population: Number of Children (in millions) Ages 0-17 in The United States By Age, 1950–2014 and Projected 2015 – 2050*. Dostupné z <http://www.childstats.gov/americaschildren/tables/pop1.asp?popup=true>

Fond ohrožených dětí (2012 – 2015). *Kontakty*. Dostupné z http://www.fod.cz/modules/marwel/index.php?article=1290&parent_aid=1275&lang=czech

Fond ohrožených dětí (2012 – 2015). *O FOD*. Získáno z <http://www.fod.cz/o-nas>

Hallowell, E. M., Ratney, J. J., (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti*. Praha: Návrat domů.

Hartl, P., Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Huss M., Hölling H., Kurth B. M., Schlack R. (2008). *How often are German children and adolescents diagnosed with ADHD? Prevalence based on the judgment of health care professionals: results of the German health and examination survey (KiGGS)*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17(12). doi: 10.1007/s00787-008-1006-z.

Charita Česká republika, Charita Olomouc (2016). *Amaro Khamoro*. Dostupné z <http://www.olomouc.charita.cz/sluzby-charity-olomouc/etnicke-mensiny/amaro-khamoro/>

Kinman, T. (2012). *Gender Differences in ADHD Symptoms*. In Healthline Media (2005 – 2016). Dostupné z <http://www.healthline.com/health/ADHD/ADHD-symptoms-in-girls-and-boys#1>

Klein, R. G., Manuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: a review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30 (3), 383–387. doi:10.1097/00004583-199105000-00005

Langmeier, J., Krejčířová, D. (2011). *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing.

Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum.

Levine, P. A., Kline, M. (2012). *Trauma očima dítěte*. Praha: Maitrea.

Maltéžská pomoc (2014). *Sociálně aktivizační programy pro děti, mládež a podporu rodiny*. Dostupné z <http://www.maltezskapomoc.cz/kdo-jsme-my/nase-projekty/socialne-aktivizacni-programy-pro-deti-mladez-a-podporu-rodiny/>

Maltéžská pomoc (2014). *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. Dostupné z <http://www.maltezskapomoc.cz/kdo-jsme-my/nase-projekty/3-socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi/>

Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Portál.

Mertin, V. & Krejčová, L., eds. (2012). *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer ČR.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2009). *Metodické doporučení MPSV č. 9/2009 k sociální práci s ohroženou rodinou*. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7273/Metodicke_doporuceni_MPSV_c-9.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2009a). *Formy náhradní rodinné péče*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/14501>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2009b). *Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2014*. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/7260>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2009c). *Sociální služby*. Získáno z <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2015). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovský, M. (Eds.) (2012). *Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování*. Praha: Togga.

Mrazek, P. J., Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, D. C.: National Academy Press.

Nešpor, K., Csémy, L., Pernicová, H. (1999). *Zásady efektivní primární prevence*. Praha: Sportpropag pro MŠMT.

Nielsen Sobotková, V. a kol. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada Publishing.

Opening Doors For Europe's Children (2014). *Facts and Figures*. Dostupné z <http://www.openingdoors.eu/resources/facts-and-figures/>

P-centrum (2013a). *Rodinné centrum U Mloka a Mediační centrum. O nás*. Dostupné z <http://www.p-centrum.cz/o-nas-4/>

P-centrum (2013b). *Rodinné centrum U Mloka a Mediační centrum. Aktuality*. Dostupné z <http://www.p-centrum.cz/rodinne-centrum-u-mloka/>

P-centrum (2014). *Výroční zpráva 2014*. Dostupné z http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/vyrocka_web.pdf

Pokorná, V. (2000). *Teorie, diagnostika a náprava specifických poruch učení*. Praha: Portál

Poradna pro občanská a lidská práva (2015). *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi – Návrat dítěte do rodiny*. Dostupné z <http://www.poradna-prava.cz/detail/17-socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi-navrat-ditete-do-rodiny/>

Prev-centrum (nedat.). *Poradenství pro pedagogy, rodiče a děti s rizikovým chováním a problematickým postavením ve třídě*. Získáno 13. 3. 2016 z <http://www.prevcentrum.cz/Primarni-prevence/Indikovana-primarni-prevence>

Prevence-info.cz (2010 – 2015). *P – Prevence*. Získáno z <http://www.prevence-info.cz/p-prevence>

Ramsay, J. R., Rostain, A. L., (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Adult ADHD*. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.

Říčan, P., Krejčířová, D. (2011). *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing.

Topinka, D. a kol. (2014). *Analýza sítě služeb pro práci s rodinami a dětmi*. Ostrava: Sociofaktor, s.r.o.

Společnost pro ranou péči (2014). *O sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi*. Dostupné z [http://www.ranapece.cz/?src=Naše služby&lokalita=Olomouc/c](http://www.ranapece.cz/?src=Naše%20služby&lokalita=Olomouc/c)

Statutární město Olomouc, KPPS Olomouc (2016). *Elektronický katalog poskytovatelů sociálních služeb. Děti, mládež a rodina*. Dostupné z <http://kpps.olomouc.eu/katalog/skupina/deti-mladez-rodina/>

Středisko náhradní rodinné péče (2013 – 2016). *Ústavní péče*. Dostupné z http://www.nahradnirodina.cz/ustavni_pece

Středisko sociální prevence Olomouc (2010 – 2016). *Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi*. Dostupné z <http://ssp-ol.cz/socialni-sluzby/socialne-aktivizacni-sluzby-pro-rodiny-s-detmi/>

Středisko sociální prevence Olomouc (2010 - 2016). *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření Střediska sociální prevence Olomouc, příspěvkové organizace, za rok 2014*. Získáno z <http://ssp-ol.cz/ke-stazeni/vyrocni-zpravy/>

Štuhec, M., Švab, V., & Locatelli, I. (2015). *Prevalence and incidence of attention-deficit/hyperactivity disorder in Slovenian children and adolescents: a database study from a national perspective*. *Croatian Medical Journal*, 56(2), 159-165. doi:10.3325/cmj.2015.56.159

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 15. 11. 2006. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf

World Health Organization (2009). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desáta revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: Sbírká zákonů. 29. 3. 2002. ISSN 2978 - 2992.

Zákon č. 108/2006 Sb.o sociálních službách. In Sbíрка zákonů. 14. 3. 2006. ISSN 2902 – 2916. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Zelinková, O. (2015). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

Přílohy diplomové práce

Seznam příloh

1. Formulář zadání DP
2. Abstrakt v češtině a v angličtině
3. Dotazník
4. Ukázka původní datové matice (68 případů x 110 proměnných)
5. Ukázka ze statistického zpracování samostatných proměnných (Mann – Whitney U test), histogramy jádrových kategorií
6. Popis zařízení evidovaných jako sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi v Olomouci

Příloha č. 1

Univerzita Palackého v Olomouci
Faculty of Arts
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychologie
Forma: Full-time
Obor/komb.: Psychologie (PCHN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. Bc. ZEMANOVÁ Barbora	Júzlova 3625, Havlíčkův Brod	F140375

TÉMA ČESKY:

Indikovaná prevence a včasná intervence u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

TÉMA ANGLICKY:

Indicated prevention and early intervention with clients of social activation service for families with children

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Cílem práce je zmapovat profily uživatelů služeb P-centra a jejich problémy, kvůli kterým s Rodinným centrem spolupracují. Zjistit, jakým způsobem klienti vyhledali kontakt na P-centrum a na základě toho vyzkoumat efektivní způsob získávání klientů, tj. zjistit možnosti včasné prevence či intervence.

Dle metodologie se bude jednat o smíšený design s těžištěm v kvalitativním výzkumu. Půjde o sérii případových studií maximálně 30 rodin tj. kolem 40 dětí. Využity budou tyto metody: rozhovor, obsahová analýza dokumentace klientů, pozorování a screeningové dotazníky.

Studentka bude svůj postup práce pravidelně konzultovat s vedoucím práce a při vypracovávání bude postupovat v následujících krocích:

- Provede rešerši relevantní literatury k tématu práce: indikovaná prevence rizikového chování u dětí
- Připraví osnovu kvalitativních interview a baterii screeningových metod.
- Výběr účastníků bude vzhledem k tématu pravděpodobně provádět metodou účelového výběru prostřednictvím instituce Rodinného centra (P-centrum).
- Získaná data zpracuje pomocí vhodných metod kvalitativní analýzy dle odborné literatury.
- Autorka se též zavazuje k dodržování základních etických pravidel výzkumu.
- Zpracuje písemnou podobu práce dle norem katedry.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Levine, P., Klineová, M. (2012). Prevence traumatu u dětí. Praha: Maitrea.

Miovský, m. a kol. (2012). Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Nešpor, K., Csemy, L. & Pernicova, H. (1999). Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2a

Název práce: Indikovaná prevence a včasná intervence u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Autor práce: Bc. et Bc. Barbora Zemanová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Počet stran a znaků: 163 712

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 64

Abstrakt

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na indikovanou prevenci a včasnou intervenci u klientů sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, konkrétně v zařízení Rodinného centra U Mloka v Olomouci (RCUM). Výzkumným cílem bylo zmapovat druhy potíží, pro které je RCUM vyhledáváno a podat systematický přehled typických i méně častých zakázek. V teoretické části byly představeny různé problematiky, které se vztahují k sociálnímu ohrožení rodiny a k narušení normálního chodu rodiny a péče o dítě. Za typ výzkumu byl zvolen smíšený s těžištěm v kvalitativním zpracování. Jedná se o kombinaci případových studií a obsahové analýzy dokumentů. Výzkumný soubor tvořilo 68 případů (klienti v letech 2014 – 2015), vybraných metodou totálního výběru. Získávání dat proběhlo pomocí ohniskových skupin, dotazníku, rozhovorů a obsahové analýzy dokumentů. Data byla zpracována pomocí obsahové analýzy, kvantifikace a statistických metod. Zjistilo se, že potíže se dají rozčlenit do sedmi nadřazených kategorií: faktory rodinného prostředí, rizikové chování dítěte, školní problémy, osobnostní projevy dítěte, poruchové vztahy dítěte, poruchy komunikace a hranic a samostatná kategorie pro nezařaditelné jevy.

Klíčová slova: indikovaná prevence, včasná intervence, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně ohrožené rodiny

Příloha č. 2b

Title: Indicated prevention and early intervention with clients of social activation service for families with children

Author: Bc. et Bc. Barbora Zemanová

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, PhD.

Number of pages and characters: 163 712

Number of appendices: 6

Number of references: 64

Abstract

For my diploma thesis, I choose topic of indicated prevention and early intervention with clients of social activation service for families with children, concretely in Rodinné centrum U Mloka, Olomouc (RCUM). Mapping of the kinds of diseases was main research goal, RCUM is sought center especially for this recognition of problems, and the second goal was providing a systematic overview of typical and rare commissions and tasks. In the theoretical part, there are presented different disorders concerning social threats to family, interrupting of course of normal family and of child care. I choose the mixed type of research with qualitative processing basics for writing of my thesis. Diploma thesis is combination of case studies and content analysis of documents. The research group was composed by 68 case studies (clients in years 2014-2015), choose by method total samples. Receive of data was made by focus groups, questionnaire, interviews and content analysis of documents. Data were compiled by content analysis, quantification and statistic methods. As the conclusion was found out the partition of disorders to seven main groups: family environment factors, child's behavior risk, school problems, child's personal factors, child's trouble relations, communication and borders fault and separate category for unclassifiable phenomenon.

Key words: indicated prevention, early intervention, social activation service for families with children, socially vulnerable families

Příloha č. 3

ID PANORAMIX:

DATUM:

GARANT:

VZTAH KE ŠKOLE (dobrý / špatný)
VÝCHOVNÉ PROBLÉMY
Nepíše úkoly
Vulgarismy
Pere se
Nerespektuje autoritu
Nedodržuje řád školy
ADHD
Zapomíná
Nenosí pomůcky
Potíže se začleněním do skupiny
ADHD DIAGNÓZA?
VZDĚLÁVACÍ PROBLÉMY
Známky (jaké?)
Mezery v učivu
SPU (jaké?)
DOMÁCÍ ZNEVÝHODNĚNÉ PROSTŘEDÍ
Starý rodič
Pěstoun
Nízké vzdělání rodiče
Samoživitel/ka
Chybí příjem
Chybí mužský vzor
Špatné bydlení
DOMÁCÍ NEPODNETNÉ PROSTŘEDÍ
PROBLÉM S HRANICEMI
(chybí / příliš pevné / nejasné)
KOMUNIKACE DÍTĚ – RODIČ
Nefunguje
Neexistuje
Poškozuje
PORUCHY CHOVÁNÍ MIMO ŠKOLU
PORUCHY VZTAHU RODIČ-DÍTĚ
VÝCHOVNÉ PROBLÉMY VE ŠKOLE
SKRYTÉ ZÁŠKOLÁCTVÍ
ŠIKANA
Oběť
Agresor
NEPOSLOUCHÁ
CHODÍ POZDĚ DOMŮ
JE NEPOŘÁDNÝ
NEUČÍ SE
PČÍLIŠNÝ ČAS STRÁVENÝ U PC
TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU
NEVHODNÁ PARTA
ZÁŠKOLÁCTVÍ
KRÁDEŽE
NEMLUVÍ S RODIČI
JAK DÍTĚ RESPEKTUJE HRANICE
NERESPEKTUJE RODIČE
NEVYDRŽÍ U AKTIVITY
POSLEDNÍ KAPKA?
Velký přečin
Zásah ze strany instituce (OSPOD, škola, Fond ohrožených dětí, Člověk v tísni...)
Kumulace menších problémů

Příloha č. 5

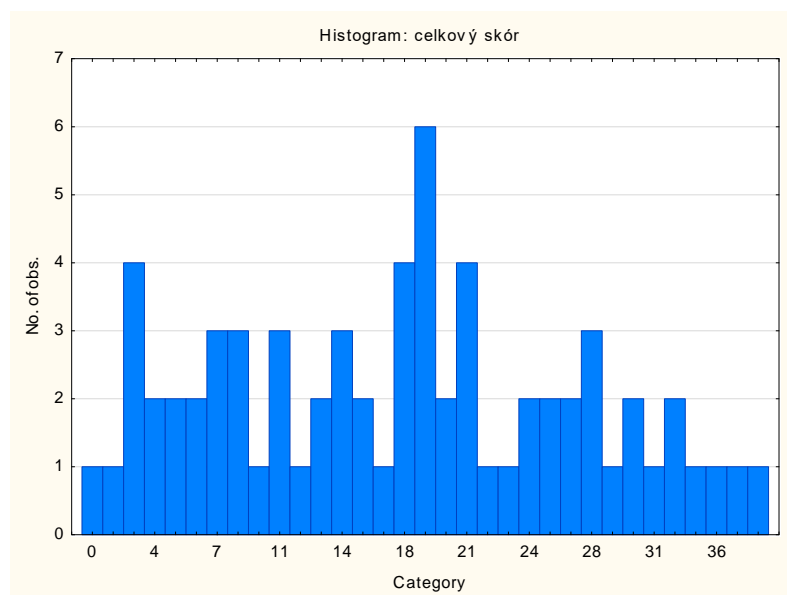
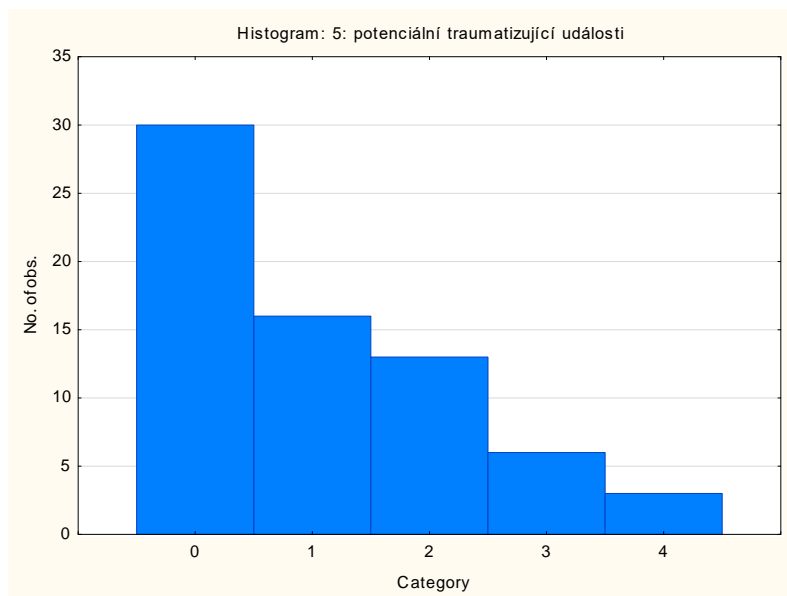
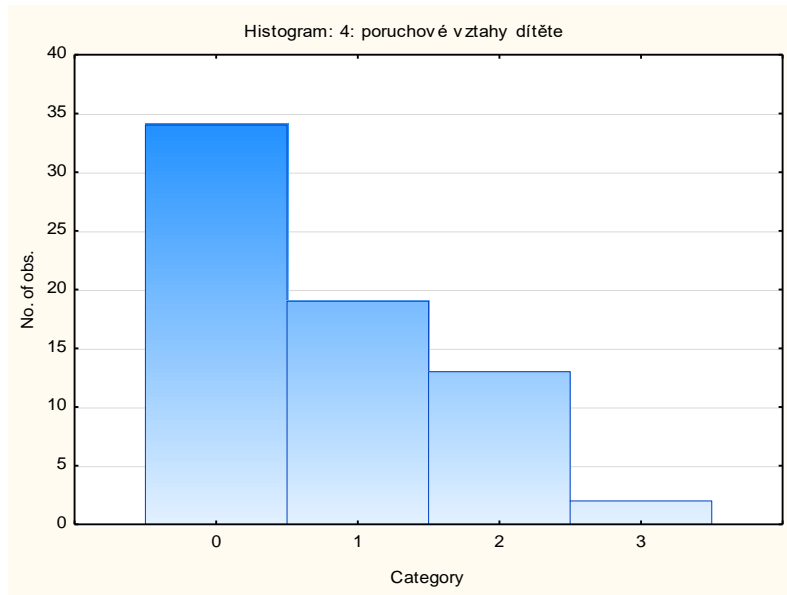
Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka12)										
Dle proměn. absence muřského vzoru										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	Sčet poč. skup. 1	Sčet poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
osobnostná- projevy dá-táte	997,500	1348,500	358,5000	2,168807	0,030098	2,447300	0,014394	24	44	0,028883
patologie v rodině	941,500	1404,500	414,5000	1,450149	0,147018	1,470598	0,141401	24	44	0,146141
rizikově chová-ná- dá-táte	1091,500	1254,500	264,5000	3,375125	0,000738	3,400367	0,000673	24	44	0,000537
poruchově vztahy dá-táte	969,000	1377,000	387,0000	1,803061	0,071380	1,959899	0,050008	24	44	0,071196
Ľkoln- problomy	1041,500	1304,500	314,5000	2,733466	0,006267	2,765182	0,005689	24	44	0,005552
poruchy komunikace a hranic	1076,000	1270,000	280,0000	3,176211	0,001492	3,247012	0,001166	24	44	0,001201
potenciál traumatizující události	852,500	1493,500	503,5000	0,307996	0,758085	0,325828	0,744554	24	44	0,754943

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka12)										
Dle proměn. finanční- problémy v rodině										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	Sčet poč. skup. 1	Sčet poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
osobnostná- projevy dá-táte	1669,500	676,5000	466,5000	0,17497	0,861100	0,19744	0,843482	48	20	0,857012
patologie v rodině	1419,000	927,0000	243,0000	-3,18318	0,001457	-3,22807	0,001246	48	20	0,001133
rizikově chová-ná- dá-táte	1560,000	786,0000	384,0000	-1,28539	0,198658	-1,29500	0,195321	48	20	0,200404
poruchově vztahy dá-táte	1482,000	864,0000	306,0000	-2,33523	0,019532	-2,53836	0,011138	48	20	0,018653
Ľkoln- problomy	1377,500	968,5000	201,5000	-3,74175	0,000183	-3,78517	0,000154	48	20	0,000101
poruchy komunikace a hranic	1404,500	941,5000	228,5000	-3,37835	0,000729	-3,45365	0,000553	48	20	0,000506
potenciál traumatizující události	1591,500	754,5000	415,5000	-0,86141	0,389012	-0,91128	0,362146	48	20	0,388366

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka12)										
Dle proměn. matka samotřitelka										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	Sčet poč. skup. 1	Sčet poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
osobnostná- projevy dá-táte	1127,000	1219,000	439,0000	1,56245	0,118184	1,76308	0,077888	29	39	0,118664
patologie v rodině	1160,500	1185,500	405,5000	1,97786	0,047945	2,00575	0,044884	29	39	0,046761
rizikově chová-ná- dá-táte	1196,000	1150,000	370,0000	2,41807	0,015604	2,43616	0,014845	29	39	0,014906
poruchově vztahy dá-táte	1205,000	1141,000	361,0000	2,52968	0,011417	2,74972	0,005965	29	39	0,010757
Ľkoln- problomy	1202,500	1143,500	363,5000	2,49868	0,012466	2,52767	0,011483	29	39	0,011580
poruchy komunikace a hranic	1189,500	1156,500	376,5000	2,33747	0,019415	2,38958	0,016868	29	39	0,018389
potenciál traumatizující události	1146,000	1200,000	420,0000	1,79805	0,072169	1,90216	0,057151	29	39	0,072013

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka12)										
Dle proměn. dg adhd										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	Sčet poč. skup. 1	Sčet poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
osobnostná- projevy dá-táte	740,5000	1605,500	380,5000	1,154909	0,248128	1,303210	0,192504	19	49	0,247671
patologie v rodině	623,5000	1722,500	433,5000	-0,430528	0,666812	-0,436600	0,662402	19	49	0,664473
rizikově chová-ná- dá-táte	881,5000	1464,500	239,5000	3,082037	0,002056	3,105087	0,001902	19	49	0,001603
poruchově vztahy dá-táte	632,0000	1714,000	442,0000	-0,314354	0,753252	-0,341698	0,732578	19	49	0,755290
Ľkoln- problomy	747,0000	1599,000	374,0000	1,243749	0,213593	1,258180	0,208328	19	49	0,215588
poruchy komunikace a hranic	629,0000	1717,000	439,0000	-0,355357	0,722323	-0,363278	0,716397	19	49	0,724574
potenciál traumatizující události	640,0000	1706,000	450,0000	-0,205014	0,837562	-0,216883	0,828299	19	49	0,838954

Mann-Whitneyův U Test (w/ oprava na spojitost) (Tabulka12)										
Dle proměn. navázání kontaktu skřze instituci										
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$										
Proměnná	Sčet poč. skup. 1	Sčet poč. skup. 2	U	Z	p-hodn.	Z upravené	p-hodn.	N platn. skup. 1	N platn. skup. 2	2*1str. přesné p
osobnostná- projevy dá-táte	551,5000	1794,500	398,5000	-0,48862	0,625108	-0,55137	0,581381	17	51	0,623206
patologie v rodině	488,5000	1857,500	335,5000	-1,38090	0,167312	-1,40037	0,161404	17	51	0,166641
rizikově chová-ná- dá-táte	434,5000	1911,500	281,5000	-2,14570	0,031898	-2,16175	0,030638	17	51	0,030409
poruchově vztahy dá-táte	626,5000	1719,500	393,5000	0,55944	0,575862	0,60810	0,543120	17	51	0,574367
Ľkoln- problomy	447,5000	1898,500	294,5000	-1,96158	0,049812	-1,98434	0,047219	17	51	0,048331
poruchy komunikace a hranic	459,5000	1886,500	306,5000	-1,79162	0,073194	-1,83156	0,067018	17	51	0,071844
potenciál traumatizující události	618,5000	1727,500	401,5000	0,44614	0,655499	0,47197	0,636951	17	51	0,653329



Příloha č. 6

Charita Olomouc – Amaro Khamoro

Hlavní činností náplní této organizace jsou zejména charitativní a humanitární akce pro rodiny s dětmi (alespoň jedno dítě 0 – 10 let), které jsou ohroženy sociálně nepříznivou situací nebo sociálně nežádoucími jevy. Vedlejší činností organizace je zřizování a provozování dalších sociálně prospěšných neziskových služeb, domovů, zdravotnických ústavů a jiných zařízení (Charita Olomouc, 3. 2. 2016).

Člověk v tísni

Organizace Člověk v tísni je nevládní a nezisková a usiluje o otevřenou, informovanou, angažovanou a zodpovědnou společnost. Je založena na myšlence humanismu, svobody, rovnosti a solidarity. Činnost této organizace dalece přesahuje hranice ČR a jejími hlavními doménami je humanitární pomoc a rozvojová spolupráce, podpora lidských práv, propagace sociální integrace a také vzdělání a osvěta. Z toho je patrné, že její cílová skupina je značně široká, podpora rodin a dětí je jen jednou z mnoha aktivit (Člověk v tísni, 4. 12. 2015).

Podporování rodin / rodiče a dětí má v této organizaci podobu terénní sociální služby a sociálního poradenství, které funguje od roku 1999 a od roku 2006 vznikly tzv. Programy sociální integrace (PSI). Díky PSI se ročně podpoří okolo sedmi tisíc rodin, z toho zhruba 40% tvoří děti a mládež. Základním kamenem této činnosti je přímá spolupráce s rodinou, pracovníci Člověka v tísni nabízejí pomoc rodinám při komunikaci se školou a úřady, pomáhají řešit nevyhovující životní podmínky (neadekvátní bydlení, řešení nezaměstnanosti, stabilizace rodinného rozpočtu). V současné době je aktivních 60 poboček PSI v různých městech České republiky a na Slovensku. Mimo jiné nabízejí rodinám bydlení v ubytovnách nebo městských bytech a spolupráci s dalšími nápomocnými organizacemi v rámci kraje (tamtéž).

Člověk v tísni, o.p.s. – Programy sociální integrace, pobočka Olomouc

Olomoucká pobočka Člověka v tísni nabízí bezplatné poskytnutí pomoci, podpory a poradenství rodinám, které jsou sociálně vyloučeny nebo jsou sociálním vyloučením ohroženy. Služba je potom zaměřena zejména na takové rodiny, kde je v důsledku dlouhodobé nepříznivé situace, kterou rodina nedokáže překonat pomocí vlastních sil, ohrožen vývoj dítěte a fungování rodiny. Za znaky sociálního vyloučení je považována

nezaměstnanost, závislost na dávkách, nízký nebo žádný příjem rodiny, malá sociální mobilita a obtíže při kontaktu s různými institucemi.

Cílem spolupráce klientů s touto organizací je zlepšit životní úroveň dané rodiny a zvýšit sociální dovednosti jejích členů. Rodina je vedena k tomu, aby dokázala aktivně a samostatně řešit vlastní problémy. Zároveň se tak posiluje sociální integrace rodiny s dětmi a zdravý, všestranný vývoj dítěte, který může zamezit předčasnému ukončení vzdělávání dětí. Služba je provozována převážně terénně (KPPS, 4. 2. 2016).

Fond ohrožených dětí

Další nevládní a neziskovou organizací je Fond ohrožených dětí, známý pod zkratkou FOD. Jeho cílem je pomoci ohroženým dětem s pověřením k výkonu sociálně-právní ochrany dětí. Mezi hlavní směry jeho činnosti patří pomoc dětem týraným i jinak sociálně ohroženým, se zaměřením na terénní sociální práci a sanaci rodin, provoz krizové linky, vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti, projekt Klokánek (přechodná rodinná péče místo ústavní výchovy), provoz azylových domů pro rodiny s dětmi a mládež bez domova, poradenská a hmotná pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám, osvěta a snaha o zlepšení legislativy a praxe na úseku ochrany dětí (Fond ohrožených dětí, 4. 12. 2015).

FOD vznikl v roce 1990 z iniciativy pěstounů a dnes má působnost na celém území České republiky. V současné době je aktivních 22 regionálních poboček (zaměřených na terénní sociální práci a sanaci rodin), 4 mediační centra, 5 azylových domů a 35 zařízení pro děti, které potřebují okamžitou pomoc v rámci projektu Klokánek (tamtéž).

- **Fond ohrožených dětí – pobočka Olomouc**

V rámci olomoucké pobočky FOD došlo v roce 2015 k několika změnám. Pověřeninou z finančních důvodů byla ukončena činnost olomouckého Azylového domu, dále provoz jednoho Klokánku a také se zrušilo vedení rodinných mediací. Azylový dům je nyní pod správou Magistrátu statutárního města Olomouc (Fond ohrožených dětí, 9. 2. 2016) a mediační služby jsou nyní připojeny k jiné sociální službě (konkrétně k P-centru) (P-centrum, 9. 2. 2016).

Maltézká pomoc – Dobrovolnické programy pro děti, mládež a podporu rodiny

V rámci dobrovolnických programů Maltézké pomoci je cílem poskytnout psychosociální podporu dětem, mládeži a rodině, jejich životní dráha byla narušena nějakým

sociálním nebo zdravotním problémem. Činnosti organizace spočívají v aktivizaci, sociálně terapeutickém vedení, ve zprostředkovávání kontaktu s přirozeným společenským prostředím, a v pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Konkrétní programy mají podobu v navštěvování a podporování olomouckého kojeneckého ústavu a dětského domova, dále spočívají v práci s dětmi v nízkoprahovém centru nebo v rodinách (děti v rodinách ohrožené sociálním vyloučením, děti v pěstounské péči a také děti se zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným postižením) (Maltéžská pomoc, 4. 2. 2016).

Maltéžská pomoc – Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Tato organizace nabízí služby rodinám s nezaopatřenými dětmi, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, dále jsou určeny pěstounským rodinám, rodinám se zdravotně postiženými dětmi a dalším rodinám s dětmi do 18 let v nepříznivé životní situaci, zejména těm, které spadají do péče orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Touto službou je rodinám nabízeno základní poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí. Posláním služby je předcházet neblahému dopadu nepříznivé životní situace na děti a celková podpora důstojného života rodin s dětmi žijících v Olomouci. Cílem spolupráce klientů se službou je zvýšit samostatnost rodiny, podpora jejího zdravého fungování, prevence proti sociálnímu vyloučení, podpora zdravých sociálních a pracovních vztahů a hlavně zvýšení životních šancí dětem, včetně jejich zdravého vývoje a rozvoje a sociálního začlenění (Maltéžská pomoc, 4. 2. 2016).

Poradna pro občanství / Občanská a lidská práva – Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi

Služba kromě výchovných, vzdělávacích a aktivizační činností, sociálně terapeutických činností a umožňování zprostředkování společenského kontaktu včetně pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí nabízí také v určitých odůvodněných případech bezplatné právní služby (možnost zastoupení advokáta při soudu). Služba je provozována ambulantně i terénně v přirozeném prostředí klientů a je určena rodinám s dětmi (manželským, nesezdaným i neúplným rodinám) a také rodinám s dětmi žijícími u jiných fyzických osob nebo s dětmi osvojenými či v pěstounské a poručnické péči.

Služba sama se definuje jako přísně flexibilní, je vždy orientovaná na potřeby klienta a snaží se najít co nejkompexnější řešení tíživé situace s absolutním respektem k rozhodnutí klienta. Základním cílem je sanace (biologické) rodiny, která se dlouhodobě nachází v tíživé sociální situaci, k co nejlepšímu zdravému a samostatnému fungování (Poradna pro občanská a lidská práva, 4. 2. 2016).

Středisko rané péče Olomouc SRPR – Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Cílem organizace, kromě podpory rodičovských kompetencí, posílení fungování rodiny a podobným cílů, jaké byly popsány u organizací výše, je doprovázení při výkonu náhradní rodinné péče. Služby jsou nabízeny rodinám a osobám, které již buď převzaly dítě do pěstounské péče, a to i na přechodnou dobu, ale také pokud jsou teprve na seznamu čekatelů. Dále se organizace věnuje rodinám, kde je pečováno o dítě s ohroženým nebo opožděným vývojem, včetně problémů jako je např. FAS nebo předčasné narození dětí. V rámci služby je také nabízena pomoc při jednání s jinými organizacemi, při zprostředkování asistovaného kontaktu s biologickými rodiči, je zde vedena také svépomocná skupina pro pěstouny a probíhá vzdělávání a informování rodičů (Společnost pro ranou péči, 15. 2. 2016).

Středisko sociální prevence Olomouc, příspěvková organizace, Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Tato organizace se zaměřuje na řešení vztahů mezi rodiči a dětmi, klientům je zde poskytováno poradenství ve věcech výchovy a výživy dětí a i v dalších oblastech péče o děti, které mohou být zkomplikovány určitými problémy. Kromě náplně činností, které jsou v souladu nabízených služeb sociálně aktivizačních center pro rodiny s dětmi, je zde také zajišťována sociálně-právní ochrana dětí (Středisko sociální prevence Olomouc, 15. 2. 2016).