



Profil klienta střediska výchovné péče

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika
Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika
Autor práce: **Mgr. Vladislava Beránková**
Vedoucí práce: PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Mgr. Vladislava Beránková
Osobní číslo: P16000513
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika
Název tématu: Profil klienta střediska výchovné péče
Zadávající katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Charakterizovat vlivy rodinného a výchovného prostředí klienta střediska výchovné péče a zjistit, jakým způsobem tráví volný čas, možnosti seberealizace, poruchy chování a školní úspěšnost.

Požadavky: Formulace teoretických poznatků, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, rozhovor, analýza dokumentů.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- JANKŮ, K., 2009. Dítě s poruchou chování a emocí. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-764-9.
- MATĚJČEK, Z., 2003. Co děti nejvíce potřebují. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-853-8.
- MATĚJČEK, Z., 2005. Výbor z díla. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1056-6.
- MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2010. Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-739-8.
- MICHALOVÁ, Z., 2007. Sonda do problematiky specifických poruch chování. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tobiáš. ISBN 978-80-7311-075-8.
- PÁVKOVÁ, J., et al., 2007. Pedagogika volného času. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-711-6.
- ŘÍČAN, P., 2016. Spirituální výchova v rodině: co radí psychologové? 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1098-6.
- VÁGNEROVÁ, M., 2011. Poradenská psychologie pro pedagogy se zaměřením na problémy v chování: problémy v chování mohou mít různé příčiny i různá řešení. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-763-5.
- VÁGNEROVÁ, M., 1997. Psychologie problémového dítěte školního věku. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-488-8.
- VOCILKA, M., 1996. Náplň činnosti středisek výchovné péče pro děti a mládež. 1. vyd. Praha: Tech-Market. ISBN 80-902134-5-6.

Vedoucí diplomové práce:

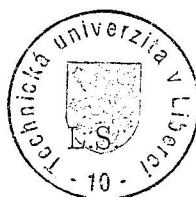
PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: 3. dubna 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 30. dubna 2018

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan



Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2017

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu PaedDr. Lubomíru Bajcurovi, Ph.D. za cenné rady a připomínky a veškerý čas při vedení mé diplomové práce.

Poděkování patří i mé rodině za poskytnutou pomoc při studiu a psaní této práce. V neposlední řadě chci poděkovat mému manželovi za trpělivost a oporu po celou dobu studia.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá profilem klienta střediska výchovné péče. Cílem bylo zjistit, jaké sociálně patologické jevy jsou nejčastější příčinou selhání dítěte a jaké je výchovné prostředí, které jej ovlivňuje.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku střediska výchovné péče, rodinu a její specifika, poruchy chování a sociálně patologické jevy.

V praktické části jsme se pomocí dotazníkového šetření zabývali rozsahem sociálně patologických jevů umístěných klientů, možnostmi seberealizace a jejich výchovným prostředím.

Klíčová slova

Středisko výchovné péče, děti a mládež, rodina, volný čas, poruchy chování, sociálně patologické jevy

Abstract

This thesis deals with the profile of the client of the center of educational care. The goal was to find out what social pathological phenomena are the most common cause of a child's failure and what is the educational environment that affects it.

The theoretical part is focused on the characteristics of educational care centers, families and their specifics, behavioral disorders and socially pathological phenomena. In the practical part, we used the questionnaire survey to address the range of socially pathological phenomena of clients, the possibilities of self-realization and their educational environment.

Keywords

Center of education care, children and youth, family, free time, behavioral disorder, socially pathological phenomenone

OBSAH

1	Úvod.....	13
2	Teoretická část.....	15
2.1	Ústavní výchova	15
2.2	Středisko výchovné péče	16
2.2.1	Formy činností střediska výchovné péče	18
2.2.2	Rozsah činností střediska výchovné péče	20
2.2.3	Případové konference ve středisku výchovné péče.....	20
2.2.4	Personální zajištění střediska výchovné péče.....	21
2.3	Rodina a její specifika	24
2.3.1	Rodina	24
2.3.2	Socializace.....	24
2.3.3	Kvalita rodičovského dohledu.....	25
2.3.4	Charakteristiky nejčastějších typů problémově zatížených rodin	25
2.4	Poruchy chování	28
2.4.1	Rozdělení poruch chování dle agresivity	29
2.4.2	Rozdělení poruch chování dle společenské závažnosti.....	30
2.4.3	Rozdělení poruch dle prognózy vývoje.....	31
2.4.4	Hyperkinetické poruchy	31
2.5	Vybrané sociálně patologické jevy	32
2.5.1	Záškoláctví	32
2.5.2	Lhaní.....	33
2.5.3	Útěky a toulání	33
2.5.4	Krádeže.....	34
2.5.5	Vandalismus	34

2.5.6	Agresivní poruchy chování	35
2.5.7	Opoziční porucha chování.....	35
2.5.8	Šikana	36
2.5.9	Kyberšikana.....	36
2.5.10	Závislost na návykových látkách	37
2.5.11	Gamblerství.....	38
2.5.12	CAN – Child Abuse and Neglect	38
2.6	Volný čas dětí a mládeže	39
2.6.1	Volný čas.....	39
2.6.2	Specifické požadavky na výchovu ve volném čase	39
2.6.3	Zařízení pro výchovu ve volném čase	40
2.6.4	Současné trendy v oblasti forem výchovy ve volném čase	42
2.6.5	Volný čas z pohledu ontogenetického vývoje jedince	42
2.6.6	Aktuální problémy výchovy ve volném čase	44
2.6.7	Činitelé vývoje jedince ve volném čase	44
2.7	Formy prevence	45
2.7.1	Primární prevence	46
2.7.2	Sekundární prevence	46
2.7.3	Terciární prevence.....	46
3	Praktická část.....	47
3.1	Výzkumné metody.....	47
3.2	Cíl výzkumu	48
3.3	Výzkumný soubor.....	48
3.4	Metodika sběru dat	49
3.5	Formulace výzkumných hypotéz.....	50
4	Vyhodnocení šetření.....	52
4.1	Respondenti dle ročníku narození	52

4.2	Respondenti dle významu pobytu.....	53
4.3	Respondenti dle opakování školního ročníku.....	55
4.4	Respondenti dle úrovně rozumových schopností	56
4.5	Respondenti dle vztahu ke kouření.....	57
4.6	Respondenti dle vztahu k drogám	58
4.7	Respondenti dle vztahu k alkoholu.....	59
4.8	Respondenti dle vztahu k sexuálně rizikovému chování.....	60
4.9	Respondenti dle rodiny	61
4.10	Respondenti dle odborných zařízení	62
4.11	Respondenti dle ambulantní péče	63
4.12	Respondenti dle výchovy v rodině.....	65
4.13	Respondenti dle domácího násilí	67
4.14	Respondenti dle autoagrese a suicidních tendencí.....	68
4.15	Respondenti dle důvodů umístění – agresivní chování.....	69
4.16	Respondenti dle důvodů umístění – nerespektování autorit	70
4.17	Respondenti dle důvodů umístění – lhaní.....	71
4.18	Respondenti dle důvodů umístění – útěky	71
4.19	Respondenti dle důvodů umístění – krádeže.....	72
4.20	Respondenti dle důvodů umístění - záškoláctví.....	73
4.21	Respondenti dle důvodů umístění – trestná činnost.....	74
4.22	Respondenti dle důvodů umístění – drogová problematika.....	75
4.23	Respondenti dle organizované zájmové činnosti	76
4.24	Respondenti dle trávení volného času s rodiči.....	77
4.25	Respondenti dle poruch chování a emocí	78
4.26	Respondenti dle spolupráce rodičů se SVP	79
5	Vyhodnocení hypotéz.....	80
6	Závěr.....	81

7	Seznam použitých zdrojů	84
---	-------------------------------	----

Seznam grafů

Graf č. 1: Respondenti dle ročníku narození	52
Graf č. 2: Respondenti dle významu pobytu	53
Graf č. 3: Respondenti dle opakování školního ročníku	55
Graf č. 4: Respondenti dle úrovně rozumových schopností	56
Graf č. 5: Respondenti dle vztahu ke kouření	57
Graf č. 6: Respondenti dle vztahu k drogám	58
Graf č. 7: Respondenti dle vztahu k alkoholu	59
Graf č. 8: Respondenti dle vztahu k sexuálně rizikovému chování	60
Graf č. 9: Respondenti dle rodiny	61
Graf č. 10: Respondenti dle odborných zařízení	62
Graf č. 11: Respondenti dle ambulantní péče	63
Graf č. 12: Respondenti dle výchovy v rodině	65
Graf č. 13: Respondenti dle domácího násilí	67
Graf č. 14: Respondenti dle autoagrese a suicidních tendencí	68
Graf č. 15: Respondenti dle důvodů umístění – agresivní chování	69
Graf č. 16: Respondenti dle důvodů umístění – nerespektování autorit	70
Graf č. 17: Respondenti dle důvodů umístění – lhaní	71
Graf č. 18: Respondenti dle důvodů umístění – útěky	71
Graf č. 19: Respondenti dle důvodů umístění – krádeže	72
Graf č. 20: Respondenti dle důvodů umístění - záškoláctví	73
Graf č. 21: Respondenti dle důvodů umístění – trestná činnost	74
Graf č. 22: Respondenti dle důvodů umístění – drogová problematika	75
Graf č. 23: Respondenti dle organizované zájmové činnosti	76
Graf č. 24: Respondenti dle trávení volného času s rodiči	77
Graf č. 25: Respondenti dle poruch chování a emocí	78
Graf č. 26: Respondenti dle spolupráce rodičů se SVP	79

Seznam použitých zkratek

ADD	Attention Deficit Disorder
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
CAN	Child Abuse and Neglect
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká republika
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
ORL	Otorhinolaryngologie
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
PČR	Policie České republiky
PPP	Pedagogicko psychologická poradna
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SVP	Středisko výchovné péče

1 Úvod

„Na prostředí člověka, zejména na děti, nepůsobí nic duševně silněji než nežitý život rodičů“

Carl Gustav Jung

„Na prostředí člověka, zejména na děti, nepůsobí nic duševně silněji než nežitý život rodičů“, říká Carl Gustav Jung, švýcarský lékař, psychoterapeut a zakladatel analytické psychologie.

Co to pro nás a potažmo pro naše děti znamená? Lidově by se dalo říci, že tak, jak se my rodiče dnes k dětem chováme, tak se oni budou chovat ke svým dětem a jejich děti zase ke svým dětem. Čím víc jim toho dnes my jako rodiče dáme, tím více oni toho dají svým dětem a jejich děti zase svým dětem.

Jak z názvu práce vyplývá, budeme zkoumat profil klienta střediska výchovné péče, instituce, která se zabývá sekundární prevencí dětí a mládeže a umístěním potvrzujeme, že klient je již nevhodným prostředím zasažen. Děti, které do střediska na internátní pobyt přicházejí, jsou nějakým způsobem „ohroženy“ a tím, co je ohrožuje, může být výchovné prostředí v rodině či způsoby trávení volného času. Jedním z ukazatelů jejich ohrožení je množství a míra sociálně patologických jevů, kterým jsou vystaveny a které se u nich projevují. V dnešním uspěchaném světě, který jde rychle kupředu i po stránce vědy a techniky, se stejně mění i hodnoty a životní styl a ten se nejvíce odráží na nové generaci, té která bude tvořit naši budoucnost a je zárukou i dalších pokolení.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce jsme se zabývali charakteristikou střediska výchovné péče, jeho cíli, činnostmi a personálním zajištěním. Dále jsme se zabývali rodinou a jejími specifiky, rozdělením poruch chování a popisem sociálně patologických jevů.

V praktické části jsme se pomocí výzkumu zaměřili na výchovné prostředí umístěných klientů, rozsah jejich sociálně patologických jevů a možnosti seberealizace. Naším hlavním cílem bylo zmapovat rodinu, její výchovné vedení, styl výchovy a k jaké spolupráci mezi ní a odbornými organizacemi dochází. Dále jsme se soustředili na možnosti společného trávení volného času klienta s rodinou a organizované volnočasové aktivity jednotlivých klientů. U samotného klienta jsme se zaměřili na jeho osobní schopnosti, na rozsah a míru sociálně patologických jevů, kterým podléhá a negativní vlivy výchovy, které ho mohly významně ovlivnit, z nichž jako významné se nám jevilo násilné chování členů rodiny. Zvláštní kapitolu jsme věnovali poruchám chování a emocí, jejich rozsahu a autoagresivnímu a suicidnímu jednání samotných klientů.

Všechny explorativní metody uplatněné v praktické části pak vedly k řadě zjištění, která jsme strukturovali a okomentovali, abychom pak v závěru práce mohli vyslovit doporučení pro další praxi ve výchovném formování dětí a mládeže v péči střediska výchovné péče.

2 Teoretická část

Vymezení pojmu středisko výchovné péče, rodina a její specifika, poruchy chování a volný čas dětí a mládeže

2.1 Ústavní výchova

Co znamená pojem ústavní výchova? Pokud vycházíme z povědomí společnosti, tak pro většinu lidí znamená pojem ústav zařízení, v němž jsou lidé, kteří jsou pro společnost nějakým způsobem nebezpeční. Toto nebezpečí se pravděpodobně odvíjí od dvou pojetí, a to nemoc a trest. Nemoc znamená strach z toho, že já sám mohu být nějak nakažen, a proto je třeba tyto lidi někam „zavřít“, izolovat po dobu trvání nebezpečí. Strach vychází z nás, z něčeho, co neznáme a toho se bojíme, takže lidé, kteří v nás vyvolávají strach, by měli být segregováni a zavřeni někam do ústavu. A přitom může jít i o ústavy, které pečují o „běžné“ lidi od narození až po úmrtí, kteří jen nemají tu možnost být samostatní či v péči jejich blízké osoby a jsou umístěni do lidem pomáhajících zařízení.

V obecném pojetí znamená ústavní výchova péči o klienty zajišťovanou institucemi v resortu zdravotnictví, školství, spravedlnosti a sociálních služeb.

Ústavy, které byly dříve zřizovány hlavně za účelem segregace lidí „nezapadajících“ do společnosti, jsou dnes nahrazovány zařízeními, které mají za úkol podporu a péči, léčbu, výchovu a resocializaci, ale také omezení, vyloučení, represí. S každou touto funkcí je spojeno určité zařízení, ale svým způsobem se většina těchto funkcí veškerými zařízeními prolíná (Mühlpachr 2001, s. 37).

2.2 Středisko výchovné péče

Středisko výchovné péče (dále jen SVP) tvoří součást systému pedagogicko-psychologického poradenství a spadá pod školská zařízení pro výkon preventivně výchovné péče (Bendl 2004, s. 44).

Střediska představují z koncepčního hlediska mezičlánek mezi nabídkou ambulantní péče, výchovným poradenstvím a ústavní péčí a patří k dalším formám sociálně výchovné pomoci dětem a jejich rodině (Vocilka 1997, s. 10).

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, definuje středisko výchovné péče takto:

„§ 17

Středisko

(1) Středisko poskytuje všestrannou preventivní speciálně pedagogickou péči a psychologickou pomoc klientům s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti. Tato péče je zaměřena na odstranění či zmirnění již vzniklých poruch chování a na prevenci vzniku dalších vážnějších výchovných poruch a negativních jevů v sociálním vývoji klientů, pokud u nich nenastal důvod k nařízení ústavní výchovy nebo uložení ochranné výchovy.

(2) Středisko poskytuje konzultace, odborné informace a pomoc osobám odpovědným za výchovu, pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení, škol a školských zařízení v oblasti výchovy a vzdělávání dětí s rizikem či s projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji a při jejich integraci do společnosti.“

Střediska pracují na teritoriálním principu a ve své působnosti se snaží ovlivnit širší společenské prostředí, monitorovat problémy mládeže v dané lokalitě a na základě znalosti vyskytujících se problémů jim poskytnout preventivní výchovnou péči (Černíková 2008, s. 173).

Specifickým úkolem středisek je snaha snižovat za účasti rodinných příslušníků zátěž rodiny plynoucí z výchovných problémů. Ve vztahu k rodině plní střediska jen podpůrnou funkci a rodiče jsou hlavním aktérem a stále plně odpovídající za výchovu dítěte. Hlavním předpokladem úspěšné resocializace klienta jsou dvě důležité oblasti a

to je dobrovolné rozhodnutí klienta a aktivní účast rodičů ke spolupráci (Vocilka 1997, s. 10).

Hlavní náplní středisek výchovné péče je zajištění preventivní péče a terapeutická činnost u sociálně patologických jevů dětí a mládeže. Svých cílů dosahují diagnostickou, poradenskou, psychoterapeutickou a výchovně vzdělávací činností (Bendl 2004, s. 46).

Poskytují okamžitou péči v krizových situacích dítěte a při selhání rodičovské funkce. Jejich cílem je zachytit první příznaky problémů v procesu psychického vývoje jedince, poskytnout mu odbornou péči a tím předejít vážným problémům do budoucna. Úzce spolupracují s psychiatrickými odděleními a poskytují pomoc léčeným pacientům. Další oblast práce je také směřována k adaptaci a integraci u klientů po ukončení ústavní výchovy (Vocilka 1996, s. 17).

„Cílem střediska je podchycení prvotních problémů v procesu psychosociálního vývoje dítěte a poskytnutí odborné péče ve směru předcházení závažnějším projevům sociální deviace“ (Firstová 2014, s. 134).

Pobyt ve středisku je dobrovolný, ale v praxi to často bývá tak, že je poslední intervenční možností před umístěním dítěte do dětského domova nebo výchovného ústavu z důvodů závažných výchovných problémů (Pazlarová 2014, s. 85).

Vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče, charakterizuje výchovně vzdělávací péči ve středisku jako soustavnou pedagogickou činnost, která vede k vytváření a ovlivňování podmínek umožňujících zapojení jedince do společnosti a zdravý rozvoj jeho osobnosti. Součástí výchovně vzdělávací péče je také činnost orientující se na podporu vzdělávání klientů a motivaci k sebevzdělávání v rámci celoživotního učení (§ 1 odst. 2, odst. 3 Vyhlášky MŠMT č. 458/2005 Sb.).

Střediska vznikají jako speciální výchovná zařízení poskytující poradenskou, ambulantní, výchovnou či kombinovanou péči. Mohou to být soukromá, samostatná státní speciální školská zařízení nebo detašovaná pracoviště již stávajících speciálních výchovných zařízení, např. diagnostických ústavů, dětských domovů se školou nebo výchovných ústavů (Vocilka 1996, s. 25).

Děti, které selhávají i po pobytu ve středisku a dále pokračují v asociálních či antisociálních projevech, bývají následně na základě rozhodnutí soudu umístěny do zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Práce středisek se osvědčuje, ale je

nutné v rámci prevence působit na co nejmladší populaci, u níž jsou rizika negativního psychosociálního vývoje (Jedlička a kol. 2015, s. 364).

2.2.1 Formy činností střediska výchovné péče

Poskytování jednorázové intervence

Jde o jednorázové osobní setkání nebo telefonickou intervenci v obtížné situaci klienta či odkázání do speciální péče jiného zařízení (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 1).

Individuální činnost s klientem

Individuální činnost spočívá v diagnostické činnosti, vzdělávací a reedukační činnosti, terapeutické činnosti a poradenské činnosti. Při diagnostické činnosti jde o komplexní vyšetření klienta zaměřené na rozpoznání jeho podstatných rysů, zjištění jeho potřeb a problémů a ke zpracování individuálního výchovného plánu. Vzdělávací a reedukační činností si klient osvojuje nové znalosti a dovednosti a učí se poznávat svoje vlohy. Dále tato činnost směřuje k jeho podpoře a rozvoji sebevědomí. Terapeutická činnost probíhá jako krátkodobé vedení klienta při řešení jeho aktuálních obtíží a předcházení krizi. Při dlouhodobém terapeutickém vedení klienta jde o významnější změny v jeho chování a postojích. Poradenská činnost se nejčastěji týká klientovy další vzdělávací cesty či výběru profese (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 2).

Skupinová činnost s klienty

V ambulantním oddělení se uskutečňuje skupinová činnost s klienty formou cíleného terapeutického programu pro skupinu klientů; socioterapie; sociální rehabilitace; zážitkové pedagogiky a psychosociálních her. Hlavní skupinové činnosti s klienty v internálním oddělení probíhají formou vzdělávací a reedukační; preventivně výchovnou, výchovnou a sociálně rehabilitační; volnočasovou a sportovní a krátkodobého výjezdového terapeutického programu (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 3).

Poskytování služeb zákonným zástupcům nezletilého klienta nebo jiným osobám odpovědným za výchovu

Zákonným zástupcům je umožněno žádat o celodenní nebo internátní služby a poskytnutí služeb preventivně výchovného poradenství, terapeutické činnosti a účasti rodin na realizaci programu střediska (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 4).

Spolupráce se školami a školskými zařízeními

Ke spolupráci se školami dochází na základě podnětu střediska a jde o vyžádání zprávy o klientovi a jeho učebního plánu. Další spolupráce je na základě podnětu školy, kterou poskytuje ambulantní oddělení formou metodické pomoci, formou speciálně pedagogických programů, které uskutečňuje pro třídy anebo vypracovává tento program pro školu (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 5).

Spolupráce se školskými poradenskými zařízeními

U klientů se speciálně vzdělávacími potřebami spolupracuje středisko v rámci komplexní péče s pedagogicko-psychologickou poradnou nebo speciálně pedagogickým centrem (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 6).

Spolupráce s orgány sociálně právní ochrany dětí

V případě, že zákonní zástupci neplní rodičovská práva a povinnosti nebo je podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, je v rámci spolupráce informován OSPOD. Pokud dojde ke zjištění, že klient spáchal trestný čin, či na něm byl spáchán trestný čin, je taktéž tato informace OSPOD poskytnuta. V těchto případech není nutný souhlas zákonných zástupců při spolupráci s OSPOD (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 7).

Spolupráce se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány

Při spolupráci se zdravotnickými zařízeními a dalšími orgány jde v zájmu dítěte hlavně o vzájemnou informovanost o kompetencích a poskytovaných službách (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. II, odst. 8).

2.2.2 Rozsah činností střediska výchovné péče

Jednorázové vedení klienta

Jde o jednorázovou odbornou pomoc dítěti, které se vyskytlo v obtížné situaci a není z jeho strany zájem o další péči. Dále jde o poradenskou činnost pro zákonné zástupce či doporučení péče jiného zařízení. Může jít také o osobní či telefonickou konzultaci, nebo konzultaci s klientem, který již pobyt ve středisku ukončil (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. I, odst. 1).

Krátkodobé vedení klienta

Jde o krátkodobé ambulantní vedení klienta v trvání do dvou měsíců v počtu 5 návštěv střediska (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. I, odst. 2).

Dlouhodobé vedení klienta

Dlouhodobé vedení klienta je delší než 2 měsíce a jde o poskytování diagnostických, preventivně výchovných a poradenských služeb v ambulantním či internátním oddělení (Metodický pokyn upřesňující podmínky činnosti SVP, Čl. 3, odd. I, odst. 3).

2.2.3 Případové konference ve středisku výchovné péče

Vzhledem k tomu, že je péči o děti nutné koordinovat z více stran, svolávají se případové konference. Jde o jednu z nových funkcí zajišťovanou středisky v případě, že k ní rodiči či jiní zákonní zástupci dětí dají svolení. Jejich četnost a časové nasazení je odvislé od problému daného jedince.

Tato konference nám dává možnost projednat situaci, která je okolo ohroženého dítěte za pomoci již zúčastněných organizací a přizvání osob a dalších organizací, které mohou být pro rodinu důležité v následné péči (Matoušek 2017, s. 108).

Subjekty, které se zpravidla účastní případových konferencí ve středisku, jsou: zákonní zástupci, pracovníci OSPOD, zástupci doprovázejících neziskových organizací, učitel žáka, popř. ředitel školy, zástupci organizací výchovy ve volném čase, pracovníci SPC či PPP a zaměstnanci střediska, kteří mají klienta v péči: vedoucí střediska, etoped, psycholog, učitel, vychovatel a sociální pracovníce.

Přínosem případových konferencí je vytvoření podpůrné sítě k aktivizaci klienta a jeho rodiny a získání informací o tom, jak se klient chová v různých prostředích. Případová konference reaguje na danou situaci, strukturuje práci s klientem, reflektuje již uskutečněné činnosti s klientem, objektivizuje danou situaci více pohledy a vytváří prostředí pro koordinaci služeb (Matoušek 2017, s. 109).

2.2.4 Personální zajištění střediska výchovné péče

Základní zabezpečení personálu je ve střediscích výchovné péče realizováno v tomto obsazení – vedoucí střediska, psycholog, speciální pedagog etoped, sociální pracovník, učitel, odborný vychovatel, asistent pedagoga (dříve pomocný vychovatel) a další specialisté, nejčastěji terapeuticky zaměřen^í (Vocilka 1996, s. 27).

Vocilka již v roce 1996 zmiňuje, že vzhledem k rozrůstajícímu se počtu středisek se nedaří zajistit všechny profese. Tato situace přetrvává dodnes, a i v roce 2018, kdy jsou počty středisek již relativně ustáleny, ale narůstá jejich klientela, je ve většině z nich nedostatek kvalifikovaného personálu.

Na profesní schopnosti pedagoga ve výchovně vzdělávacích zařízeních jsou kladeny vyšší nároky, hlavně v souvislosti s jeho přirozenou autoritou, zvýšenou frustrační tolerancí a odolností vůči konfliktům, které vyžadují okamžitá racionální rozhodnutí, umění sociální komunikace a schopnost empatie (Janský 2004, s. 104).

Vedoucí střediska výchovné péče

Vedoucím střediska je ředitel dané instituce nebo jím pověřený pracovník. Dle této specifikace se odvíjí jeho pracovní náplň. Za hlavní činnost by se dala označit koordinace mezi školou, rodinou a střediskem. Kromě zákonných školení, vyplývajících se zákoníku práce a bezpečnosti práce, odpovídá za organizační a odbornou rovinu střediska. Koordinuje zaměstnance a činnosti střediska, aby byla u dítěte zajištěna komplexní péče. Zajišťuje propagaci střediska, stará se o efektivní využívání prostředků, řídí pedagogické a odborné pracovníky a zodpovídá za organizační plnění vnitřního řádu. Kontroluje a řídí pedagogickou dokumentaci a významnou měrou se účastní výchovné práce s dětmi (Vocilka 1996, s. 27).

Psycholog

Jeho hlavní pracovní náplní je komplexní psychologické vyšetření klientů střediska a vedení záznamů o jejich výsledcích a vývoji. Spolupracuje s ostatními pedagogickými pracovníky na vytvoření individuálního plánu dítěte a doporučuje speciální metody práce s dítětem. Zajišťuje psychologické poradenství učitelům a rodičům a pomáhá jim řešit výchovné a výukové problémy. Formou sociální a rodinné terapie pracuje s dítětem a jeho rodinou. Dalším důležitým bodem je široká spolupráce s dalšími odborníky mimo zařízení, kteří s daným dítětem pracují (Vocilka 1996, s. 28).

Speciální pedagog etoped

Etoped provádí speciálně pedagogickou diagnostiku a navrhuje doporučení další výchovné péče. Spolupodílí se na vypracování individuálního plánu dítěte, konzultuje ho s rodiči a ostatními účastníky se pracovníky. Je hlavním aktérem individuální a skupinové terapie v internátní i ambulantní péči. Důležitým bodem jeho práce je metodické vedení učitelů a škol před a po umístění klienta ve středisku (Vocilka 1996, s. 28, 29).

Sociální pracovník

Stará se o celkovou propagaci střediska a v příslušném regionu zajišťuje depistáž. Realizuje prvotní kontakt s klientem a jeho rodinou, zjišťuje sociální anamnézu, konzultuje s klienty, jejich zákonnými zástupci a školami. Spolupracuje s organizacemi, které mohly mít klienta v péči, např. OSPOD, Policie, soudy, kurátoři a zajišťuje sociálně právní ochranu klienta. Zodpovídá za administrativu činnosti střediska, vede evidenci dětí a vše průběžně kontroluje. Důležitým bodem jeho práce je sledovat vyhlášky a předpisy, týkající se sociálních práv rodiny a legislativy v oblasti středisek výchovné péče (Vocilka 1996, s. 29).

Učitel

Ve středisku učitel realizuje vstupní a výstupní zjišťování vědomostí. Dle individuálního plánu doplňuje s žákem zmeškané učivo a společně pracují na učebním plánu z kmenové školy. Konzultuje s rodiči a učiteli a spolupracuje s nimi na vytváření žákových nových učebních návyků. Zajišťuje veškerou administrativu, která

je spojená s chodem střediska a spoluprací školy. Společně s vychovatelem spolupracují při vytváření plánu přípravy na vyučování (Vocilka 1996, s. 30).

Odborný vychovatel

Zajišťuje výchovně vzdělávací činnost umístěných klientů. Uskutečňuje vstupní pohovory a zabezpečuje průběžné a výstupní hodnocení dítěte. Dále se podílí na práci s rodinou a spolupracuje s institucemi, které se podílely a budou podílet na řešení situace s klientem. Připravuje jednorázové i dlouhodobé výchovně vzdělávací akce, které probíhají během pobytu ve středisku. Vede písemnou dokumentaci o klientech a vykonává všechny administrativní činnosti, patřící k jeho pozici. Je aktivním účastníkem na pravidelných komunitních setkáváních v rámci skupinové terapie. Zúčastňuje se porad, školení a pracuje na svém dalším vzdělávání a sebevzdělávání (Vocilka 1996, s. 30, 31).

Asistent pedagoga

Podle Vocilky 1996 se tato pozice dříve nazývala pomocný vychovatel a hlavní náplní pracovní činnosti asistenta je zajištění nočních služeb. Asistent se stará o dohled nad klienty v nočních hodinách, zajišťuje péči o umístěné žáky a konzultuje s rodiči a lékaři jejich zdravotní stav. Inicjuje klienty k rozšiřování pracovních a hygienických návyků, vede je k samostatnosti, sebeobsluze a společenskému chování (Vocilka 1996, s. 31).

Jiní specialisté

V tomto případě se většinou jedná o zajištění terapeutických činností, které se podobají obsahu práce speciálního pedagoga. Zabývá se přímou prací s klientem, analyzuje jeho vývoj, zjišťuje jeho zájmy, schopnosti, možnosti a sociální vlivy. Spolupracuje se sociálními pracovníky, psychology, psychiatry, se školou, s rodinou klienta a účastní se rodinných a jiných terapeutických skupin (Vocilka 1996, s. 31).

2.3 Rodina a její specifika

2.3.1 Rodina

Rodina je nejdůležitější sociální skupina v životě každého jedince. Je zdrojem základního uspokojování jeho potřeb, je základem ke společenské seberealizaci a zdrojem zkušeností a vzorců chování. Formuje jedince během celého jeho vývoje a je nositelem jeho společenských rolí a identity. Mezi její základní úlohy patří biologická, ekonomická, sociální a psychologická funkce (Fischer, Škoda 2008, s. 187).

„Stát se úspěšným rodičem je složitý proces, k němuž společnost poskytuje jen malé nebo žádné formální vzdělání. To je ovlivněno celou řadou vzájemně působících faktorů, mimo jiné přirozenými dovednostmi a zkušenostmi vychovatele samého, vlastnostmi dětí, dostupností širší rodiny, charakteristikami okolí a podporou (nebo omezením) ze strany společnosti“ (Cameron, Maginn 2009, s. 19).

Rodič má největší šanci na ovlivnění a zároveň zodpovědnost za vývoj všech stránek dítěte, ať už jde o fyzické a duševní zdraví, intelektové výkony a společenské chování. Rodičovství je zdrojem hlubokého a trvalého uspokojení, ale také stresující, frustrující a emočně vyčerpávající (Cameron, Maginn 2009, s. 19).

V případě, že rodina neplní některou z jejích základních funkcí, je vyšší pravděpodobnost výskytu závadového jednání a s tím souvisejících poruch chování.

2.3.2 Socializace

„Socializace je postupné začleňování jedince do společnosti prostřednictvím mechanismu sociálního učení, které se uskutečňuje pozorováním a modelováním chování, postojů a emocionálních reakcí druhých lidí; je to složitý proces interiorizace, osvojování a využívání sociálních zkušeností v psychické činnosti jedince a v jeho jednání“ (Pešatová 2007, s. 69).

Počátek socializace je v nukleární rodině, dále do ní vstupují malé společenské skupiny, jako je školní třída, sportovní kluby, zájmové organizace, party a neformální skupiny a dále se rozšiřuje do celospolečenských vztahů (Pešatová 2007, s. 70).

2.3.3 Kvalita rodičovského dohledu

Dohled je jedno měřítko rodičovského chování, které má souvislost s delikventním chováním dítěte. Záleží na míře rodičovské informovanosti o tom, co dělá dítě ve volném čase. Jací jsou lidé, se kterými se běžně stýká, v jakém rozpoložení a kdy se vrací domů. Čím méně vědí rodiče o těchto skutečnostech, tím je větší probabilita, že se jejich dítě bude dopouštět trestné činnosti.

Dalším důležitým faktorem je i *nepřítomnost rodičovské postavy v rodině*. Nejčastěji chybějící osobou je otec, a to vlivem rozvodu, anebo nikdy v rodině trvale nežil. Pro chlapce je to obtížné v tom, že ztrácí možnost vzoru, s nímž by se měl identifikovat, dívka model mužského chování a mužskou autoritu.

Neméně důležitým je i fakt, pokud se chová jeden z rodičů delikventně, užívá drogy, nadměrně konzumuje alkohol, je často nezaměstnaným nebo má jiné projevy *sociální nepřizpůsobivosti* a tím se zvyšuje pravděpodobnost, že i dítě bude porušovat zákony společnosti (Matoušek, Matoušková 2011, s. 44, 45)

2.3.4 Charakteristiky nejčastějších typů problémově zatížených rodin

Nezralá rodina

Nezralost v oblasti zaměření, citových hodnot, životního způsobu, zkušeností, citů, kdy jsou rodiče příliš mladí, mají mnoho problémů sami se sebou, ještě se nevymanili z rodičovské péče a mají pečovat o někoho bezmocného a bezbranného. Jejich dítě je vychováváno v nestabilitě, improvizaci, dobrodružství a riziku. K tomuto se dále pojí problémy sociální a ekonomické, které se promítají do bydlení a tyto rodiny často žijí v neharmonické symbióze u svých rodičů (Helus 2015, s. 224–226).

Přetížená rodina

Přetíženost vzniká např. konflikty rodičů po narození dalšího potomka, zatížením starostmi způsobenými nemocí v rodině, citovým strádáním a bytovými, ekonomickými či kariérními problémy. Bývá mnohdy jen přechodná, ale pokud není adekvátně řešena a rodina je nestabilní, může docházet k trvalému poškození (Helus 2015, s. 226, 227).

Zanedbávající a zavrhuující rodina

Se zanedbávající a zavrhuující rodinou se nejčastěji setkáváme ve skryté formě. K nevráživým postojům může docházet, když dítě připomíná jednomu nebo oběma rodičům jejich životní neúspěch, zklamání nebo jinou nepříjemnost. Také může jít o tělesné či duševní nedostatky, které se neslučují s očekáváním rodičů. Zanedbávání se často pojí s rodinami s nízkou socioekonomickou úrovní, s rodinami přistěhovalců či hostujících pracovníků z jiných kulturních oblastí. Tyto děti nejsou většinou přetěžovány, ale bývají ponechány samy sobě a nevytváří si vědomí povinností (Matějček 1992, s. 61).

Ambiciózní rodina

V těchto rodinách jsou rodiče nadměrně pohlcováni vlastními potřebami, seberealizací, dosahováním vysokých cílů a tyto ambice přenášejí na své dítě na úkor rozvoje jeho vlastní osobnosti. Jejich hodnotový žebříček obnáší takové cíle, jako pracovní kariéra, úspěšné studium, nadprůměrné sportovní výkony, náročné cestovatelské potřeby, vysoký materiální standard apod., které jdou často na úkor potřeb lásky, soucítění, solidarity, příslušnosti k domovu, potřebám jistoty, stability a oddanosti k dítěti (Helus 2007, s. 156).

Perfekcionistická rodina

V této rodině je typické, že je na dítě vyvíjen nátlak podávat vysoké výkony, vykazovat perfektní výsledky a nejlépe být vždycky lepší než ti druzí. Většinou jde o tak vysoké nároky, že neodpovídají schopnostem, možnostem a zájmům dítěte a to ho dostává do permanentní zátěže. Dítě je vyčerpané, úzkostné a poddává se pocitům selhávání, prohlubuje se zklamání mezi dítětem a rodiči a dochází k narušení citového vývoje a zázemí dítěte (Helus 2007, s. 156, 157).

Tito rodiče přesouvají na dítě svoji neuspokojenou touhu po hodnotách, které se jim v životě, většinou vlastní vinou, nepodařilo dosáhnout a chtějí, aby je dítě dosáhlo za ně. Dítě je vlastně nástrojem kompenzace jejich neuspokojení (Matějček 1992, s. 63).

Autoritářská rodina

Jde o výchovu, při níž rodiče vyžadují bezpodmínečné plnění všech příkazů a pokynů. Dítě je vlastně tvrdě vedeno, aniž by bylo přihlíženo k jeho potřebám. Není respektována individualita dítěte a ve vývojovém období negativismu je tento styl

výchovy nevhodný a může významně zasáhnout do poruch chování (Michalová 2006, s. 82).

Rozmazlující (protektionistická) rodina

Jeden z hraničních typů výchovy, kdy je jedinec v rodině protežován, nejsou na něj kladeny nároky, nedostává potřebné a přiměřené kompetence, rodina o něj nadměrně pečuje a dělá i to, co by dítě mělo zvládnout samo (Slowík 2016, s. 35).

Rodiče ze strachu, aby se jim dítě neodcizilo, mu nedovolují se osamostatňovat. Jejich snaha upoutat jej k sobě vede k tomu, že na něj nekladou žádné nároky, z cesty mu odstraňují překážky, podřizují se jeho přáním a posluhují mu (Matějček 1992, s. 62).

Nadměrně liberální a improvizující rodina

Jde o styl výchovy, který spočívá v absolutní volnosti dítěte. Rodiče vycházejí z toho, že dítě je individualita, která se má pro své chování a jednání rozhodnout sama. Dítě trpí nedostatkem řádu, pravidel a zásad. V případě, že nejsou rodiče vhodnými vzory, jde o výchovu velmi problematickou (Michalová 2006, s. 82).

Odkládající rodina

Některé rodiny často odkládají své dítě nejdříve bližší rodině a následně je vnucují téměř komukoliv, kdo je ochoten jim pomoci. Při této výchově se narušuje citové zranění dítěte. Obtížně si vytváří vztah ke svému domovu, ke svým povinnostem a potažmo i k pevnému místu mezi druhými. Dítě může žít s pocitem, že o něj nikdo nestojí a nikam nepatří (Helus 2015, s. 233).

Disociovaná rodina

Pro tento typ rodin je charakteristické vážné narušení vztahů, které jsou nezbytným předpokladem funkčního rodinného prostředí. Nejčastěji jde o narušení vnějších vztahů izolovaností od vnějšího okolí anebo konfliktovost s okolím. Pokud jsou narušeny vnitřní vztahy rodiny, jde o oslabení vzájemných kontaktů, izolovanost jedněch členů rodiny od druhých a často také konflikty mezi jejími členy (Helus 2015, s. 233 - 235).

2.4 Poruchy chování

Poruchy chování u dětí jsou velmi širokou oblastí a jejich příznaky protínají diagnostické okruhy z několika kategorií. U dětí a mládeže ve školním věku je v 5–20 % zastoupena nějaká porucha chování. Výzkumný odhad poměru dle pohlaví je 4–12 chlapců na 1 dívku (Michalová 2007, s. 3).

Předchozí informace je sice již 11 let stará, ale i v roce 2014 se dle Vágnerové uvádí údaj téměř totožný. U dětí a dospívajících se objevují poruchy chování u 5–15 % a častěji se vyskytují u chlapců v poměru 4 : 1 až 10 : 1 (Vágnerová 2014, s. 716). V tomto případě mluví Vágnerová o závažnějších poruchách chování.

Poruchy chování se mohou vyskytovat samostatně, často ovšem dochází ke kombinaci s jinými psychickými poruchami. Naděje na změnu závadného chování je různá v závislosti na řadě okolností. Pokud dítě žije v dysfunkční rodině, porucha chování se objevila již v raném věku, její výskyt je opakovaný, jedinec se nevhodně chová téměř ve všech prostředích a přidružuje se psychická porucha, pak je naděje na zlepšení výrazně menší (Nývltová 2008, s. 138).

Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni odpovídající jeho věku, event. na úrovni svých rozumových schopností (Vágnerová 2012, s. 779).

Příčina vzniku a rozvoje poruch chování se charakterizuje jako multifaktoriální na základě vzájemné interakce biologických, psychických a sociálních faktorů. Nejvýznamnějšími biologickými faktory jsou pohlaví – chlapec a věk – pubescence a adolescence. Neméně významné jsou ovšem také vrozené dispozice na bázi temperamentových složek, úroveň mentálních schopností a narušená struktura a funkce CNS – syndromy ADHD a ADD. Mezi psychické faktory, které mají souvislost s rozvojem poruch chování, se řadí motivace, potřeby a stimulace jedince. Častou příčinou bývá neuspokojená potřeba bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky a seberealizace. Nejdůležitějším sociálním faktorem je rodina, která je v případě patologických jevů tím nejrizikovějším faktorem. Dále zde významně působí vliv spoluvrstevnických skupin, partiček a prostředí. Vyšší počet jedinců s výskytem poruchového chování je zaznamenán ve větších městech, kde je vyšší anonymita a z toho plynoucí nižší sociální kontrola (Fischer, Škoda 2008, s. 129–131).

Pokud nejsou včas diagnostikovány poruchy chování, může být důsledkem rodičovské výchovy postupné zhoršování projevů dítěte v oblasti psychické i sociální. Jak se

postupně dítě zapojuje do svého sociálního prostředí, je po něm vyžadována disciplína a plnění náročnějších úkolů, a pokud se mu nedostane správné pomoci, je nadměrně kritizováno. Takovéto dítě nestimuluje přirozeně rodičovskou aktivitu a emoční vztahy. Narušená je i potřeba řádu a smyslu, neboť se dítě vymyká rodičovským představám tím, že na podněty reaguje odlišně a neadekvátně situaci. Rodiče se mohou cítit méněcenní, neboť okolí a i oni sami dítě nepovažují za normální (Michalová 2004, s. 72, 73).

Poruchy chování se rozdělují podle několika kategorií. Základní medicínské rozdělení je dané mezinárodní statistickou klasifikací nemocí, která je v naší republice závazná. V roce 1992 proběhla její desátá revize, v platnost vstoupila v České republice 1. 1. 1994 a aktualizované vydání je platné k 1. 1. 2018. Pro náš účel vymezení poruch chování použijeme základní rozdělení dle agresivity na agresivní a neagresivní, dle stupně společenské závažnosti na asociální, asociální a antisociální a dle prognózy vývoje.

2.4.1 Rozdělení poruch chování dle agresivity

Agresivní poruchy chování

Jedinců s agresivní poruchou chování - šikana, vandalismus, rvačky a jiné formy násilí, je zastoupeno 2–3 % v populaci mladších adolescentů a jde především o úmyslné jednání s cílem ublížit či poničit (Vágnerová 2014, s. 699, 721).

Agresivní chování je porušení společenské normy spojené s omezováním základních práv druhých osob. Jde o uspokojování materiální a seberealizační potřeby a o bezohledný výběr prostředku k dosažení vlastního cíle agresivní formou (Fischer, Škoda 2008, s. 137).

Neagresivní poruchy chování

Jedinci s neagresivní poruchou chování sice také porušují sociální normu, ale nikomu neublíží. Tyto poruchy se objevují u cca 14 % mladších adolescentů a mívají přechodný charakter. Jedná se většinou o lži, vzdorovitost, záškoláctví, útěky a toulání. Pokud jde o krádeže, tak ty jsou specifické tím, že nejde o cíl získání věci, ale je to jen prostředek k uspokojení nějaké jiné potřeby (Vágnerová 2014, s. 721).

Mezi agresivní a neagresivní poruchou je tenká hranice a různým způsobem se prolínají.

2.4.2 Rozdělení poruch chování dle společenské závažnosti

Disociální poruchy chování

Jedná se o poruchy, které nejsou pro společnost závažné a označujeme je jako nespolečenské a nepřiměřené způsoby jednání a chování. Často jsou ovšem signálem predikce dalšího negativního vývoje jedince. Vzhledem k aktuální nízké závažnosti lze tyto poruchy zvládnout bez zásahu speciálních institucí v běžném prostředí a běžnými pedagogickými postupy. Mezi disociální poruchy patří **přestupky proti školnímu řádu, vzdorovitost, lhaní, nekázeň, zlovyky** a jiné přestupky, které jsou běžně zvládnutelné. Obvykle mají tyto poruchy souvislost s určitým náročným obdobím např. vstup do školy, narození sourozence, rozchod rodičů, nový partner rodiče, přechod na druhý stupeň, puberta aj. (Fischer, Škoda 2007, s. 126).

Asociální poruchy chování

Poruchy, které nazýváme asociální, již mají určitý stupeň nebezpečnosti pro společnost, ale následky jsou závažnější hlavně pro jejich nositele. Jde o výrazné odchylky od normy, které již nelze zvládnout běžnými pedagogickými přístupy a je nutná intervence ze strany specializovaných institucí – poradny, terapie nebo léčebny. Jejich charakter je trvalejší a často ústí v antisociální poruchy chování. Do této skupiny poruch zařazujeme **záškoláctví, útěky, toulky, vandalství, závislosti, zneužívání psychoaktivních látek** aj. (Fischer, Škoda 2008, s. 132).

Antisociální poruchy chování

Do této kategorie zařazujeme poruchy s vysokou mírou společenské závažnosti a nebezpečnosti. Tyto činy jsou zaměřené protispolečensky a poškozují svými důsledky jak jedince, tak společnost. Porušení norem a zákonů je spojeno s následnou sankcí, kdy se v případě školských zařízení jedná o ústavní péči formou ústavní či ochranné výchovy, popř. věznice pro mladistvé. Mezi antisociální poruchy chování v dětství a dospívání patří **kriminalita, delikvence, terorismus a týká se vážných přestupků, násilí, agresivity, destrukční a trestné činnosti** aj. (Fischer, Škoda 2007, s. 127).

2.4.3 Rozdělení poruch dle prognózy vývoje

Poruchy chování s lepší prognózou (dle MKN-10)

- Poruchy chování ve vztahu k rodině F91.0
- Socializovaná porucha chování F91.2
- Smíšené poruchy chování a emocí F92

Poruchy chování s lepší prognózou jsou většinou reakcí na určité prostředí. Během vývoje osobnosti se často upravují spontánně nebo úpravou klimatu v rodině. V závažnějších případech zásahem speciálně pedagogické péče v rámci intervence pedagoga, psychologa nebo při vážných problémech etopeda (Pešatová 2007, s. 186).

Poruchy chování se špatnou prognózou

- Dezinhibovaná přichylnost v dětství F94.2
- Nesocializovaná porucha chování F91.1
- Porucha opozičního vzdoru F91.3

Jde o poruchy chování, u nichž jde o vysokou pravděpodobnost páčání trestné činnosti a poruchu osobnosti v dospělosti. U jedince jde o to prosadit se za každou cenu a nepodléhat autoritám. Jsou citově chladní, minimálně empatictí, egocentričtí, zaměřují se na okamžité uspokojení. Nemají vytvořeny morální principy a chovají se hrubě až krutě k lidem i zvířatům. K jejich vlastnostem patří impulzivita, výbušnost, dráždivost, agresivita, anetičnost, nepřátelskost, nedůvěřivost a sobeckost (Pešatová 2007, s. 154).

„Poruchy se špatnou prognózou jsou víceméně trvalé a kontinuální, tj. od předškolního věku (vzhledem k dezinhibované přichylnosti v dětství), přes disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci do dissociální psychopatie v dospělosti“ (Pešatová 2007, s. 159).

2.4.4 Hyperkinetické poruchy

Hyperkinetické poruchy patří mezi poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Jsou charakterizované brzkým začátkem, obtížně zvladatelným chováním a

nápadnou neschopností se celkově soustředit na zadaný úkol. Výzkumy tomografie a magnetické rezonance vykazují, že vznik ADHD je pravděpodobně více ovlivněn neurologickými a genetickými faktory než vlivy prostředí (Michalová 2007, s. 30).

Tři základní znaky v projevu dítěte s ADHD syndromem jsou hyperaktivita či hypoaktivita, poruchy pozornosti a impulzivita. Pro diagnostiku je nutné, aby se tyto příznaky projevovaly po dobu delší než 6 měsíců, byly znatelné před vstupem do školy a jsou výrazně častější než u jiných dětí stejného věku (Martínek 2009, s. 86).

- ADHD s převahou poruchy pozornosti
- ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
- ADHD s poruchou pozornosti, hyperaktivitou a impulzivitou (kombinovaný typ)
- ADD porucha pozornosti bez hyperaktivity (Jucovičová, Žáčková 2010, s. 14).

„ADHD je vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Často se projevuje v raném dětství. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, sensorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Tyto obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony“ (Michalová 2007, s. 29).

Nadeau (2016, s. 5, 6) upozorňuje, že chování související s ADHD patří mezi nejčastější důvody, proč jsou děti odkázány na psychologickou léčbu. Zpráva CDC z roku 2013 uvádí, že přibližně 11 % populace školního věku má diagnostikované ADHD. Další statistiky uvádějí, že až 60 % těchto dětí nadále vykazuje známky ADHD i v dospělosti.

2.5 Vybrané sociálně patologické jevy

2.5.1 Záškoláctví

V současné době je to jeden z nejzávažnějších problémů jak základního, tak i středního školství. Mezi časté důvody nedokončení všech devíti ročníků základní

školy patří právě záškoláctví a časté, některými rodiči lživě omlouvané absence (Martínek 2009, s. 97).

Záškoláctví značí negativní postoj ke škole a jeho důvodem může být i prospěchové selhání. Můžeme ho popsat také jako obrané jednání vyhýbání se škole neúspěšného dítěte. Často je také důsledkem disfunkční rodinné výchovy, která nedbá na vzdělání. Obvykle bývá spojené i s nerespektováním autority učitele (Vágnerová 2012, s. 794). Jiný pohled na záškoláctví může být i o tom, zda škola nezapomíná na to, že každé, i méně šikovné dítě, by mělo ve školním prostředí prožívat úspěch. Jde vlastně o to, že každý školák by měl cítit, že jej jeho učitel uznává a věří v jeho budoucnost (Jedlička, Kořa 1998, s. 62).

2.5.2 Lhaní

Jde o neagresivní poruchu chování, která je pro dítě jedním ze způsobů úniku ze situace, kterou neumí vyřešit jinak. Rozeznáváme dva druhy lží, bájeví a lhavá. V případě bájeví lži nejde o poruchu chování, ale o vývojovou fázi nebo o uspokojení potřeby, kterou neumí dítě jiným způsobem saturovat. Pravá lež je uskutečňována s úmyslem a vědomím toho, že je nepravdivá. Dítě má za cíl vyhnout se potížím nebo získat nezaslouženou výhodu. Dalším pojmem, se kterým se můžeme setkat, je patologická lhavost, kdy jde o trvalejší rys, který je jedním z příznaků asociální poruchy osobnosti (Vágnerová 2012, s. 793).

2.5.3 Útěky a toulání

Útěk lze charakterizovat jako možnost obranného či únikového jednání, kterým dítě řeší své ohrožení v určitém prostředí. Nejčastěji se jedná o útěky z domova a následně z ústavních zařízení. V případě útěků z domova může jít o signál selhávání funkce rodiny. Problematiku útěků lze rozdělit do tří kategorií, reaktivní a impulzivní útěky, chronické útěky a toulání. **Reaktivní a impulzivní útěky** jsou zkratkovitou reakcí na určitou situaci, kterou dítě nedokáže zvládnout. Matějček (1991, s. 309) je charakterizuje jako útěk před zahanbujícími a ponižujícími pocity, před konfrontací s rodiči, s tím, že jde vlastně o obranu před degradací vlastního já. Tento typ útěku bývá spíše výjimečný a dítě se chce po vyřešení problému domů vrátit. Na rozdíl od

reaktivních útěků, bývají **útěky chronické** plánované a opakované, jsou reakcí na dlouhodobé problémy a dítě se většinou nechce vrátit. Jedná se o útěky z narušených a nefunkčních rodin, kde není dítě citově saturováno a může být i týráno. Dalším druhem jsou útěky z výchovných zařízení a dětských domovů, které jsou nejčastěji reakcí na omezení svobody (Vágnerová 2012, s. 794).

Toulky, které navazují na útěky, jsou dlouhodobým opouštěním domova. Dochází k nim z pravidla v rodinách, kde jde o zanedbávání, týrání či jiné neuspokojivé podmínky. Pokud se toulá dítě z rodiny spořádané, bývá příčinou nuda a prázdnota nebo psychické onemocnění dítěte (Pešatová 2007, s. 255, 256).

2.5.4 Krádeže

Krádež je záměrné porušení normy a omezení práv druhého, ovšem v určitých subkulturách jde o odlišný hodnotový systém sociální vrstvy nebo etnika. Za poruchu chování nelze považovat příležitostné krádeže menších dětí, které jsou impulzivní reakcí s touhou vlastnit nějakou věc. Pro určení závažnosti poruchy socializace je důležité znát motivaci dítěte a cíl krádeže. Krádeže rozdělujeme do čtyř kategorií: dítě krade pro sebe, dítě krade pro druhé, dítě krade, aby demonstrovalo své kompetence a dítě či mladistvý krade s partou či pro partu (Vágnerová 2012, s. 795 - 797).

Když **dítě krade pro sebe**, jde mu o to získat něco, čehož neumí dosáhnout jiným způsobem, dále může jít také o prostředek náhradního uspokojení v situaci citového strádání. Pokud **dítě krade pro druhé**, jde většinou o prostředek být akceptován vrstevníky nebo může být nuceno. V případě, že **dítě krade, aby demonstrovalo své kompetence**, nejde o materiální zisk, ale o vyjádření konformity k vrstevníkům. Jestliže **dítě či mladistvý krade s partou nebo pro partu**, jde o určitou normu patologické skupiny až povinnou aktivitu. Odmítnutí krádeže by mohlo znamenat ztrátu pozice ve skupině a být potrestáno (Vágnerová 2012, s. 797).

2.5.5 Vandalismus

Co je to vandalismus? Zjednodušeně řečeno jde o bezúčelné ničení věcí a představuje jednu z nejčtetnějších forem mladistvé delikvence. Co je ale pro odbornou veřejnost nejděsivější, je fakt, že jde o jednání, jehož příčiny nejsou jasné a hlavně samotným

jedincům není zřejmé, proč se toho vlastně dopustili. Vandalismus mladistvých má většinou impulzivní ráz, vychází z nezvládnuté akutní frustrace, z nadbytku neusměrněné energie, či z protestu proti tabuizovaným sociálním hodnotám (Jedlička, Kořa 1998, s. 99, 100, 101).

Jde o specifickou formu agresivního chování. Vandalové, převážně adolescentní chlapci, se nejčastěji sdružují v partách a jejich činnost je logicky nezdůvodnitelné ničení věcí a zařízení – hřbitovy, kostely, čekárny, železniční vagóny, hřiště, sochy, auta, různá technická zařízení, okna, pouliční lampy apod. Specifickou formou vandalismu je sprejerství (Sochůrek 2009, s. 83).

2.5.6 Agresivní poruchy chování

Agresivita a násilné jednání je v současné době největší problém, který se týká celé společnosti a výrazně zasahuje i do škol a školských zařízení (Janský 2004, s. 59).

„Agrese (z lat. Aggressio) – výpad, útok – jednání, jímž se projevuje násilí vůči některému objektu, nebo nepřátelství a útočnost s výrazným záměrem ublížit“ (Martínek 2009, s. 9).

Situaci, kdy se jedinec chová agresivně, ovlivňuje několik faktorů. Jedním z nich je pocit nudy a prázdnoty, který stimuluje aktivitu k potřebnému nabuzení. Agrese a s ní agresivní jednání také stoupá při přesycení nebo nedostatku, nespravedlnosti, ohrožení či ztrátě. Dalším faktorem je nadměrná sociální stimulace, která je nejvíce patrná mezi členy izolovaných skupin např. internáty, vězení, psychiatrické léčebny, zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy apod. (Vágnerová 2014, s. 707).

2.5.7 Opoziční porucha chování

Běžné opoziční chování patří k vývojovým zákonitostem u dětí ve věku mezi druhým až třetím rokem. Pokud ovšem toto chování nevymizí při školním věku dítěte, již nejde o běžné projevy, trvá-li více než šest měsíců a naplňuje k tomu určené znaky, jde o poruchu chování (Martínek 2009, s. 91, 92).

2.5.8 Šikana

Co je to vlastně šikana? Náš právní systém tento pojem nepoužívá a jde vlastně označení pro patologické chování, kdy jeden nebo více členů skupiny opakovaně a úmyslně ubližuje jinému nebo více lidem a užívá k tomu agresivní a manipulativní jednání (Kolář 2011, s. 32).

Kromě základního termínu šikana se setkáváme ještě s termínem teasing. Teasing představuje chování, které šikanu připomíná, ale jde o nevinné škádlení dětí mezi sebou. Dalo by se říci, že jde o vývojově běžné projevy, kdy chlapci pubertálními způsoby provokují dívky, které se jim líbí a dívky na to reagují zdánlivě negativně, ale je znatelné, že jde jen o upoutání pozornosti a líbí se jim to (Martínek 2009, s. 109).

Šikana je závažná porucha, jde o úmysl ublížit, útoky jsou opakované a je tam výrazný nepoměr sil mezi útočníkem a obětí. Ke vzniku přispívá náročná situace ve skupině, kde se zvyšuje napětí a nuda, kterou silnější jedinci zahánějí ubližováním a týráním slabších (Švarcová 2002, s. 44).

Šikana je poruchou vztahů ve skupině a má vývoj v pěti stádiích. V prvním stadiu jde o **ostrakismus**, kdy dochází k identifikaci oběti a jejímu vystrčení na okraj skupiny. Ve druhém stadiu již dochází k **přitvrzování manipulace a výskytu fyzické agrese**, kdy jsou již jedinec či skupina agresivně napadáni. Třetí stadium je klíčovým momentem a při něm se **vytváří jádro agresorů**. Ve čtvrtém stadiu začíná již většina skupiny **přijímat normy agresorů** a jejich normy chování se stávají „zákonem“ a v posledním pátém stadiu je již šikana dokonána a tuto poslední část označujeme jako **totalitu neboli dokonalou šikanu** (Kolář 2011, s. 45 - 52).

Nejčastějším typem oběti se stávají děti, které již na první pohled tak působí tím, že vysílají do okolí náznak určité slabosti, úzkosti a strachu. Dalším typem jsou děti, které vytrvávají dlouhou dobu pod pečujícími křídly rodičů a jsou nesamostatné a nesebevědomé. Ovšem zvláštní pozornost je třeba věnovat dětem handicapovaným a dětem pedagogů.

2.5.9 Kyberšikana

Kyberšikana je druh psychické šikany, u níž jsou využívány informační a komunikační technologie, jejímž cílem je vyvést někoho z rovnováhy. Je spojena hlavně s užíváním

internetu a mobilních telefonů. Probíhá formou vytváření zesměšňujících a urážejících webových stránek, posílání výhružných a hrubých emailů a sms zpráv, obtěžování přes chat, fotografování a posílání zesměšňujících či pornografických obrázků. Vzhledem k tomu, že je tento druh obtěžování většinou anonymní, jsou útočníci agresivnější než při kontaktu tváří v tvář (Vaňkátová 2011, s. 4, 5).

2.5.10 Závislost na návykových látkách

„Návyková látka je každá chemická látka, která mění psychický stav a na kterou se může vytvořit návyk a závislost“ (Fischer, Škoda 2008, s. 143).

Nejdůležitější charakteristikou závislosti je silná a obtížně překonatelná chtivost užití návykové látky. Nejčastěji rozšířenou a užívanou látkou je v našem prostředí tabák, alkohol a psychoaktivní látky. Co se týče alkoholu, jde o nejstarší a nejčastěji společensky uznávanou drogu a pro děti a mládež snadno dostupnou. Naše společnost je v užívání této látky mimořádně tolerantní, dokonce je v určitých situacích jeho konzumace chápána jako pozitivní a jako „nemoc“ vnímá až závislost.

Motivačními faktory k užívání drog je potřeba uniknout před problémy, zbavit se strachu a frustrace, dále slouží droga jako prostředek k dosažení uspokojení či slasti, nástroj k zahnání nudy a stereotypu a potřeba zajistit si sociální konformitu a být někde a někým akceptován (Malach 2007, s. 202).

Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí jako psychoaktivní látky, jejichž zneužívání může vést k rozvoji duševních a behaviorálních poruch, alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa či hypnotika, kokain, stimulancia, halucinogeny, tabák, prchavá rozpouštědla a jiné psychoaktivní látky (Fischer, Škoda 2008, s. 143, 144).

U dětí a mládeže se závislost na návykových látkách vytváří několikanásobně rychleji než u dospělých jedinců a vzhledem k nižší toleranci jejich organismu, nezkušenosti a sklonu k experimentování je vyšší riziko těžkých otrav. Dále je také u dětí a mládeže zneužívajících návykové látky zaostávání v psychosociálním vývoji (Nešpor 2000, s. 56).

2.5.11 Gamblerství

Gamblerství neboli patologické hráčství patří mezi návykové a impulzivní poruchy. V případě dětí a mládeže jde o hazardní hru na automatech. V tomto případě se jedná o automaty, kde nemá hráč žádnou možnost ovlivnit výsledek, ale je ke hře vnitřně nucen, odvíjí se v něm silné vzrušení a napětí a neřiditelně pokračuje ve hře, bez možnosti si situaci sám kontrolovat (Kolektiv autorů 2003, s. 88).

2.5.12 CAN – Child Abuse and Neglect

„Týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, označované jako syndrom CAN, je jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt“ (Dunovský a kol. 1995, s. 24).

Hlavním aspektem rodin, v nichž dochází k zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte, je necitlivost vůči jeho potřebám. Dítě bývá nadměrně kritizováno, rodiče neovládají svoji impulzivitu a agresivitu, přetěžují ho, kladou na něj vysoké nároky a nerozvíjí jeho citovou složku. Na první pohled mohou být tyto rodiny spořádané a dobře situované (Sochůrek 2009, s. 143).

V České republice vychází výskyt syndromu CAN mezi 1–2 %, ročně jde o cca 25 tisíc dětí ve věku do osmnácti let. Odborníci ovšem uvádějí, že ze statistik řešení problematiky syndromu CAN lze zjistit pouze 5 tisíc případů (Fischer, Škoda 2008, s. 189).

Dle Davis (2011) jsou děti se zdravotním postižením zneužívány častěji než děti bez postižení. Americké studie poukazují na to, že jedno ze tří dětí je obětí nějakého druhu špatného zacházení (zanedbávání, fyzické týrání či sexuální zneužívání).

2.6 Volný čas dětí a mládeže

2.6.1 Volný čas

„Volný čas – čas, s kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Volný čas je doba, která zůstane z 24 hodin běžného dne po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby (včetně spánku)“ (Průcha, Walterová, Mareš 2003, s. 274).

Volný čas je časem, ve kterém si sami svobodně a dobrovolně volíme takové aktivity, které nám dávají radost, štěstí, zábavu a odpočinek a rozvíjejí naše tělesné a kreativní schopnosti a sebevědomí (Němec 2002, s. 17).

Ne všichni mohou smysluplně využívat volný čas, neboť se s přitažlivou nabídkou nesečká, neexistuje nebo k nim nepronikne. Další příčinou jsou sociální či finanční důvody a poslední skupinou jsou děti, které se zapojit nedovedou, neboť nemají dostatek motivace a sebedůvěry a setrvávají v nicnedělání. Tito klienti tráví volný čas individuálně anebo může docházet ke společensky nežádoucímu chování (Hájek, Hofbauer, Pávková 2003, s. 5).

Specifickou zvláštností volného času dětí a mládeže je pedagogické ovlivňování. Jde o to, že děti nemají zkušenosti a neumí se ve světě zájmových činností orientovat. Potřebují nenásilné a citlivé vedení, které odpovídá věku dítěte, jeho schopnostem, sociálnímu prostředí a stylu rodinné výchovy. Volnočasové činnosti by měly být přitažlivé a rozmanité nejen v aktivitách, ale i v prostředí. Děti potřebují mít prostor k objevování sebe sama a k ověřování svých možností a schopností (Bendl 2015, s. 128).

2.6.2 Specifické požadavky na výchovu ve volném čase

K základním požadavkům výchovy ve volném čase patří pedagogické ovlivňování volného času a dobrovolnost.

Pedagogické ovlivňování volného času znamená citlivé, nenásilné a cílevědomé vedení dítěte, které je zajištěno Úmluvou o právech dítěte.

Požadavek **dobrovolnosti** je dán dobrovolnou účastí dítěte při aktivitách ve volném čase.

Tyto dva principy se zdají být v rozporu, ale řešením je správný přístup pedagoga. Ten děti vhodně motivuje a navozuje tak situaci, která odpovídá jejich přáním, potřebám, zájmům a schopnostem (Bendl 2015, s. 128, 129).

2.6.3 Zařízení pro výchovu ve volném čase

Středisko volného času – domy dětí a mládeže a stanice zájmových činností

Činnosti v těchto zařízeních jsou stanoveny vyhláškou o zájmovém vzdělávání. Jsou zajišťovány formou **zájmové činnosti příležitostné**, které jsou časově vymezené a patří sem soutěže, turnaje, přehlídky, výlety, exkurze, divadla, přednášky, příměstské tábory apod. **Pravidelná zájmová činnost** je organizována v zájmových útvarech jako je kroužek, soubor, klub, oddíl, kurz a jde o docházku. Při **táborové činnosti** jde o zajištění dlouhodobého volna o prázdninách mimo sídlo střediska. Dále střediska volného času zajišťují **osvětovou činnost** formou seminářů, školení, přednášek, kurzů, metodických materiálů apod. Pro talentované jedince zajišťuje zájmové útvary a **individuální práci s účastníky vedoucí k rozvoji nadání**. Další činností je průběžná **nabídka otevřených spontánních aktivit**, která je nepřímo ovlivňována pedagogy. Jde o neorganizované individuálně nebo skupinově využívané aktivity dle aktuálního zájmu. Poslední formou zájmového vzdělávání je **organizace soutěží a přehlídek, vyhlášených nebo spoluvyhlášených MŠMT ČR** (Hájek, Hofbauer, Pávková 2008, s. 142 -144).

Školní družina

Školní družina bývá první formou výchovného zařízení mimo vyučování, se kterou se setkávají žáci prvních až pátých ročníků. Specifickým znakem je shodnost s bydlením žákovi rodiny. Velkou výhodou je pro tyto malé děti důvěrné prostředí školy.

„Školní družina má možnost ovlivňovat volný čas dětí pravidelně a pedagogově:

- *jsou se žáky v každodenním styku;*
- *mohou působit na většinu žáků bez ohledu na sociální postavení rodiny;*
- *mají možnost pravidelného kontaktu s rodiči;*
- *pro své výchovné působení v době mimo vyučování mají vhodnou kvalifikaci;*
- *jsou členy pedagogické rady, spolupracující s vedením školy a ostatními pedagogy“* (Pávek 2002, s. 113, 114).

Školní klub

Školní klub je učen pro žáky druhého stupně. Základem jsou činnosti organizované formou kroužků, příležitostných akcí a nabídkou různých spontánních aktivit. Docházka je pravidelná jen do kroužků, pro běžnou účast ve školním klubu není závazná (Hájek 2008, s. 147).

Domov mládeže

Domov mládeže je školské zařízení, které zajišťuje žákům ubytování, stravování a výchovu ve volném čase. Pedagog zde není jen vychovatelem, ale částečně nahrazuje i rodiče. Výchova ve volném čase je zde více realizována individuálně a neformální společnou činností. Aktivity, které nelze zajišťovat v domově mládeže, se uskutečňují v jiných subjektech (Hájek 2008, s. 148).

Dětský domov

Dětský domov je zařízení pro děti s nařízenou ústavní výchovou. Volný čas je zde zajišťován pedagogy tak, aby se co nejvíce podobal péči v rodině.

Specifickou kapitolou výchovy ve volném čase jsou zařízení pro výkon ústavní výchovy jako diagnostické ústavy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy, kde je výchova ve volném čase realizována činnostmi přímo v zařízení.

Nestátní neziskové organizace

Nestátní neziskové organizace jsou významnými subjekty, zajišťujícími péči o děti a mládež v organizacích dětí a mládeže a občanských sdruženích. Mnoho těchto organizací zajišťuje péči po celé republice např. Skaut, Pionýr, YMCA, Duha, Sokol, Česká tábornická unie, zájmová sdružení hasičů, rybářů, sběratelů, chovatelů apod. Nezastupitelnou roli v nabídce aktivit mají obce se samostatnou působností a církevní organizace (Hájek 2008, s. 149).

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Hlavním posláním nízkoprahových zařízení je péče o děti a mládež, které se ocitají v obtížné životní situaci, mohou být ohroženi sociálně patologickými jevy nebo je jejich životní styl neakceptovatelný pro většinovou společnost. Tato zařízení jsou určena k prevenci sociálních rizik, plynoucích ze způsobu života těchto klientů. Jak už z názvu vyplývá, je důležitá jejich „nízkoprahovost“, jsou maximálně přístupná a snaží

se o odstranění sociálních, psychických či jiných bariér. Jejich přístupnost spočívá v tom, že jsou bezplatná, anonymní a klienti přicházejí či odcházejí dle svého uvážení (Hájek 2008, s. 151).

Komerční subjekty

Jde o živnostenské podnikání k dětem a mládeži, které se zaměřuje na hudební či výtvarné kurzy nebo sociální služby pro zaměstnané rodiče, spojené s různými zájmovými aktivitami. Specifickou a velkou oblastí je pořádání prázdninových táborů (Hájek 2008, s. 152).

2.6.4 Současné trendy v oblasti forem výchovy ve volném čase

Jako nejvhodnější pedagogicky ovlivňovaná činnost se jeví práce s malými sociálními skupinami do 20 osob. Zde má pedagog možnosti k individuálnímu působení, vzájemnému poznávání, ovlivňování a komunikaci tváří v tvář. Ustupuje se od dříve doporučovaných forem hromadné práce se středně velkými a velkými skupinami. Tyto se uplatňují spíše jen jako příležitostné aktivity formou přehlídek, soutěží, besídek, akademií, výletů apod. Dále se dbá na vytváření různorodých heterogenních skupin nejen z pohlaví, ale i věkového hlediska. V takovýchto skupinách jde o pestrost sociálních vztahů, učení mladších od starších a působení přirozených vzorů. Další trend výchovy ve volném čase je integrace postižených jedinců mezi běžnou populaci. Poslední oblastí, která je v současné době významná, je zvýšený zájem dětí o nabídku spontánních aktivit na úkor organizovaných a pravidelných (Bendl, a kol., 2015, s. 149, 150).

2.6.5 Volný čas z pohledu ontogenetického vývoje jedince

V životních etapách člověka mezi dětstvím, mládím, dospělostí není možné vymezit jasné hranice. Jeho vývoj je průběžný a proměnlivý a formuje se zráním organismu a psychického vývoje. Na rozvoj jedince působí vlivy prostředí a kvalita výchovy v rodině, ve škole a následně nejširší společnosti (Spousta 1996, s. 12).

Předškolní věk

Čas dítěte předškolního věku je bezvýhradně organizován rodiči. Činnosti, které vyplňují jeho volný čas, jsou odpočinek a zábava. Děti mají minimální povinnosti a jejich čas je řízen chodem rodiny, pracovní dobou rodičů apod. (Spousta 1994, s. 31).

Mladší školní věk

Dítě na prvním stupni už má více povinností, které jdou na úkor jeho volného času. Je to období, ve kterém je volný čas dítěte ve velké míře regulován dospělým. Nesmí ovšem dojít k situaci, která vede k omezování volného času takovým způsobem, že všechny volný čas dítěte vyplňují kroužky a dochází tak k jeho přetěžování. Pokud je v tomto období dítě ponecháno samo sobě bez pomoci dospělého s nabídkou náplně, dochází k neefektivnímu trávení volného času s negativními následky do budoucna (Spousta 1994, s. 31).

Starší školní věk

Starší školní věk je ve výchově volného času pravděpodobně nejnáročnějším obdobím. Okolo 11 roku dítěte přichází náročné vývojové období pubescence a přináší nejvíce výchovných problémů. Mladý jedinec hledá svoji identitu, chce být samostatný a sám o sobě rozhodovat. V tomto období dítě nejvíce experimentuje a jeho volný čas je ukazatelem jeho zájmové orientace. Rodič vychovatel se přirozeně v této době stává pouze dospělým starajícím se o nabídky aktivit (Spousta 1994, s. 31, 32).

Dospívání

V tomto věku přechází jedinec z výchovy do sebevýchovy a ovlivňování jeho volného času by mělo být ze strany vychovatelů velmi taktní a spíše jen provázející. Volný čas si dospívající řídí sami, je ve vyšší míře ovlivněn vrstevnickými skupinami a společenským hodnotovým systémem (Spousta 1994, s. 32).

Dospělost

Volný čas v dospělém věku je chápán individuálně, je veden osobností jedince, jeho sociálním zázemím a ekonomickou situací. Hlavní stránkou volného času je v tomto věku hlavně psychohygienu jedince. Volný čas dospělého je odraz jeho chování a hodnot, které se formovaly v průběhu jeho předchozího života (Spousta 1996, s. 13).

2.6.6 Aktuální problémy výchovy ve volném čase

Hlavním problémem je *společenské nedocení výchovy ve volném čase a tím i práce pedagogů, kteří v této oblasti pracují*. Práce pedagogů bývá podceňována a okolím vnímána jako hlídání či hraní si. S tímto problémem souvisí i nedopracovaný systém *profesní přípravy v oboru a zvyšování kvalifikace pedagogů*. Stále ještě komplikují pedagogům práci *málo vyhovující prostory a další materiální vybavení prostředí výchovy mimo vyučování*. V neposlední míře se setkáváme s výraznou skutečností, že *přibývá dětí s výchovnými problémy*. Nejde o to, že dnešní děti jsou horší, žijí však v odlišných podmínkách s jinými výchovnými postupy a jako důležitý jev se ukazuje volný přístup k informacím a informační technologie. Vzhledem k těmto novým přístupům a možnostem je *motivování dětí pro aktivní zájmové činnosti stále obtížnější* (Bendl, a kol., 2015, s. 155).

2.6.7 Činitelé vývoje jedince ve volném čase

Rodina

„Rodina jako primární sociální skupina je pro rozhodující většinu dětí a mladých lidí také prvotním prostředím volnočasového života a výchovy, zásadně se podílejícím na formování jeho osobnosti. Rodina vytváří hmotné podmínky a sociální ochranu; začíná s výchovou a vzděláváním; rozvíjí mezilidské vztahy a klade základy hodnotové orientace“ (Hofbauer 2004, s. 56).

Základní zkušenosti ke smysluplnému využití volného času získáváme v rodině. Prvními a nejvýznamnějšími vzory jsou pro děti rodiče a sdílí s nimi jejich životní styl. Rodičovské zájmy je to, co nejčastěji děti v rodině kopírují a pokud se jich rodičům nedostává, přenášejí toto i na své potomky.

„Funkční rodina si musí udržet alespoň nějaké společné činnosti ve volném čase, jichž se účastní všichni nebo alespoň někteří členové rodiny. Otázka „Jak trávíte víkendy?“ je nejrychlejší cestou ke zjištění funkčnosti rodiny“ (Matoušek 2003, s. 70).

Náročná situace bývá v rodinách, kde jde rodičům hlavně o ekonomickou stránku, kdy většinu svého volného času věnují práci. Dalším problémem jsou rodiny, které jsou neúplné a jeden rodič nestíhá plnit všechny funkce a také rodiče, kteří nebyli svou primární rodinou k volnému času vychování. Podobné je to v rodinách s nižší vzdělaností a ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Děti v těchto případech

zůstávají ponechány sami sobě, bezcílně tráví svůj volný čas potulováním a to je možná cesta k patologickému chování. Obdobně nevhodně tráví volný čas děti, které se věnují počítačovým hrám.

Pro rodiče mají významnou pozitivní úlohu taková výchovná zařízení pro volný čas dětí, která se snaží o neformální navazování vztahů a zapojování rodičů do jejich aktivit. Profesionalita pedagogů může mít v tomto ohledu i druhý směr a to je ovlivňování i jejich trávení volného času (Pávková 2002, s. 33).

Vrstevnické skupiny

Pro děti z dysfunkčních rodin je aktuální vrstevnická skupina důležitým aspektem socializace a stěžejně ovlivňuje jeho nakládání s volným časem. Potřeba kladného přijetí skupinou je tak významná, že daný jedinec vše přizpůsobuje partě a jejímu vůdci. V případě delikventní skupiny přejímá dítě i její narušený hodnotový systém (Matoušek 2003, s. 83).

Média jako hromadné sdělovací prostředky

V dnešním životě se na mezilidské komunikaci ve velké míře podílí média. Kromě základní komunikace tváří tvář, se k nám stále více dostávají informace zprostředkované hromadnými sdělovacími prostředky, které mají schopnost v danou chvíli ovlivnit velké množství lidí a aktivně je zapojit (Hofbauer 2004, s. 128).

Nejvýznamnějším činitelem ovlivňování volného času dětí je z dnešního pohledu internet. Ten nám sice přinesl významnou a rychlou dostupnost informací, ale čas pasivně strávený u monitorů, tabletů, počítačů a telefonů zaplňuje dnešním dětem a mládeži velkou část volného času. Kromě získávání vědomostí ho děti využívají ke komunikaci a hrám. Tím se dostávají do anonymity prostředí, nestrádají sice komunikací, ale vzdalují se běžnému životu na úkor toho virtuálního (Hájek, Hofbauer, Pávková 2010, s. 111).

2.7 Formy prevence

Při prevenci je důležité snížit rizikové faktory, které zvyšují možnosti asociálního chování a naopak posílit ochranné faktory, které je mohou potlačovat. V tomto ohledu

jsou důležité pedagogické, psychologické a sociální metody, které jsou zaměřené na upevnění sociálních kontaktů a sebekontrolu. Obzvláště při řešení poruch chování dětí a mládeže je kladen důraz na prevenci a včasné podchycení problémů v raných fázích jejich vývoje (Vágnerová 2014, s. 731).

2.7.1 Primární prevence

Primární prevence je zaměřená na celou populaci dětí, které se ještě závadového jednání nedopustily. Je rozvíjena zejména pozitivními mezilidskými vztahy, respektováním individuality každého jedince, pozitivním sociálním klimatem, zvyšováním sociální způsobilosti a výchovou ke zdravému životnímu stylu. Nejvýznamnějším prostředkem primární prevence je výchova dětí v rodině a ve škole (Matoušek, Kroftová 2003, s. 265, 266).

2.7.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je zaměřena na rizikové jedince a skupiny osob, u nichž je dispozice závadového chování a výskytu sociálně patologických jevů, dále se také zabývá jedinci potenciálně ohroženými. Hlavním záměrem je včasná identifikace problémů a jejich řešení. K zařízením pro sekundární prevenci patří střediska výchovné péče. Dále jsou to různé Peer programy, zážitkové programy, programy v přírodě, dobrovolnická pomoc a jiné (Fischer, Škoda 2007, s. 133).

2.7.3 Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na jedince, u nichž se nežádoucí jednání projevilo, jejím cílem je zabránění recidivě tohoto závadového jednání a nasměrování chování do společensky přijatelných zvyklostí. Zařízeními pro terciární prevenci jsou věznice, výchovné ústavy a jiné (Fischer, Škoda 2007, s. 133).

3 Praktická část

3.1 Výzkumné metody

Pedagogický výzkum je vědecká činnost, která je orientovaná na systematický popis, rozbor a objasňování edukační reality – pedagogické praxe, který je charakterizován jako empirický výzkum spojený s výzkumem základním. Zabývá se výchovnými a vzdělávacími procesy v praktické činnosti.

Pro potřeby naší práce se budeme zabývat popisem výzkumu kvantitativního a výzkumu kvalitativního.

Kvalitativní výzkum je proces zkoumání jevů a problémů v původním prostředí s cílem získat ucelený obraz těchto jevů založený na datech a osobitém vztahu mezi výzkumníkem a respondentem. Úmyslem výzkumníka, zabývajícího se tímto výzkumem, je prostřednictvím ucelené skupiny postupů a metod zjistit a následně předložit, jak lidé vnímají a žijí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 17).

Základem kvalitativního výzkumu je obsáhle zaměřený sběr dat, aniž by na začátku byly určeny základní proměnné. Také nejsou dopředu určeny hypotézy a výzkumný projekt nepodléhá teoriím, které již někdo specifikoval. Vytvořené teorie a hypotézy na podkladě kvalitativního výzkumu jsou platné pouze pro vzorec, u kterého byla data zjištěna a není možné je jinak zobecnovat (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 24, 25).

„Podstatou kvantitativního výzkumu je výběr jasně definovaných proměnných, sledování jejich rozložení v populaci a měření vztahů mezi nimi. Logické usuzování je v kvantitativním přístupu deduktivní: na počátku je existující logické tvrzení, které je na základě precizní operacionalizace převedeno do hypotéz a následně ověřováno. Výstupem výzkumu je ověření určité hypotézy či teorie. Takto provedený výzkum umožňuje zobecnění získaných výsledků a formulování obecně platných pravidel“ (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 22).

Rozdílnost kvalitativního výzkumu proti kvantitativnímu je na podkladě užitých metod. Laicky řečeno, základem kvantitativního výzkumu je dotazník, kdežto kvalitativní výzkumníci využívají hlavně rozhovor. Tento pohled vede k určitému zjednodušení rozdílů těchto dvou metodologických přístupů, i když rozhovor můžeme použít v obou výzkumných přístupech, jen jde o význam jeho pojetí a použitou formu. Záměrem podrobného a strukturovaného rozhovoru je získat obsáhlé údaje o

studovaném jevu – kvalitativní přístup. Naopak cílem standardizovaného strukturovaného rozhovoru je pokládat respondentům souhrn totožných otázek v identickém pořadí – kvantitativní přístup.

Základem kvantitativního výzkumu je volba přesně určených proměnných, monitoring jejich rozprostření v populaci a vyhodnocování vzájemných vztahů. Racionální myšlení je v kvantitativním přístupu deduktivní, na počátku definujeme logické tvrzení, které je na základě přesného rozvinutí specifických výzkumných procedur přeneseno do hypotéz a dále ověřováno. Výsledkem výzkumu je potvrzení či vyvrácení dané hypotézy či teorie. Tímto způsobem aplikovaný výzkum nám dává možnost zobecnění zjištěných závěrů a definování všeobecně daných pravidel (Švaříček, Šed'ová 2007, s. 22).

3.2 Cíl výzkumu

V této práci jsme pomocí kvantitativního výzkumu zjišťovali, jakými sociálně patologickými jevy jsou ohroženy děti, které přicházejí do střediska výchovné péče k internátnímu pobytu. Mezi sociálně patologické jevy, kterými jsme se zabývali, patří agresivní chování, nerespektování autorit – pasivní agresivní chování, lhaní, útěky, krádeže, záškoláctví, trestná činnost a drogová problematika. Dále jsme se zaměřili na rodinu jako hlavní socializační jednotku, poměry v ní a věnovali jsme se i ohrožení domácím násilím. Ve vztahu ke klientovi jsme zkoumali jeho možnosti seberealizace, školní úspěšnost, intelektové předpoklady a způsoby jakými organizovaně tráví volný čas. Zaměřili jsme se také na osobnost klienta, poruchy chování a emocí, které s ním souvisejí a organizace a odborné ordinace, kterými před internátním pobytem prošel. V jedné z kapitol výzkumu jsme se věnovali autoagresi a suicidnímu chování. V celkovém pojetí výzkumu jsme se snažili sestavit profil klienta střediska výchovné péče.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili všichni klienti střediska výchovné péče umístění na internátním pobytu v období jednoho roku březen 2017 až únor 2018.

Internátní oddělení střediska výchovné péče je aktuálně složeno ze čtyř odborných vychovatelů, dvou učitelů, dvou etopedů (jeden je zároveň vedoucím internátního oddělení), psychologa, sociální pracovníce a dvou asistentek pedagoga – nočních vychovatelek. Toto složení je určitým způsobem stálé a do něj průběžně vstupují a vystupují dvě skupiny po osmi dětech (uzavřená a otevřená skupina) a jejich zákonných zástupců.

Tým je složen ze třech mužů – vychovatel, učitel a etoped – vedoucí internátního oddělení a devíti žen - učitelka, tři vychovatelky, dvě noční asistentky, etopedka, psycholožka a sociální pracovníce.

Základním cílem střediska je vzdělávání přijatých dětí, které navazuje na poznatky z kmenové školy, diagnostika ve školním a výchovném prostředí, zjištění úrovně vědomostí a dovedností, návrh preventivně výchovných opatření a aplikace běžných a speciálně pedagogických metod a postupů určených k odstranění či zmírnění problémů a ke zvýšení kvality života klientů.

Dalším neméně důležitým cílem je také sanace výchovného prostředí klienta formou osobních pohovorů s rodiči, individuální či rodinná terapie, spolupráce s OSPOD, sociálními kurátory, učiteli z kmenových škol, lékaři a jinými odborníky spolupodílejícími se na péči o klienta.

3.4 Metodika sběru dat

Dotazník je prostředek k získávání údajů od respondentů. Podstatou je soubor otázek pokládaných písemným způsobem. Je hlavní a nejužívanější metodou empirického zkoumání v pedagogických a sociálních oblastech. Základní cestou je neverbální či verbální komunikace mezi výzkumníkem a respondentem. Uskutečňuje se jako „slovní“ rozhovor nebo písemný dotazník.

Výzkum byl prováděn přímým kontaktem s dotazovanými. Anamnestická data, která bylo možné získat z anamnéz, byla připravena před rozhovorem s respondenty. Ke klientům dětem bylo přistupováno po cca 10–14 dnech adaptačního období. Tento adaptační časový úsek byl důležitý, protože si děti potřebovaly v prostředí přivyknout a byl s nimi navázán vztah jakési „vnitřní“ důvěry, která je důležitá pro pravdivost zkoumaných údajů. Děti, které jsou v daném prostředí nejisté, mají tendenci manipulovat se sdělovanými údaji ve svůj prospěch ve smyslu, aby na sebe něco

zbytečně „nepráskly“. Dále byly ubezpečeny, že zjištěné údaje jsou anonymní, nebudou nikde oficiálně sdělovány a budou použity jen do této výzkumné práce. Obdobným způsobem byly informováni i pedagogičtí pracovníci, kteří se na péči o dítě podíleli a se kterými byl také prováděn rozhovor. Jednalo se o garanta dítěte, to je pedagog, který vede dítě a jeho rodinu v ambulantním oddělení a v případě potřeby mu navrhuje internátní pobyt, někdy jím ovšem může být sám pracovník internátního oddělení, neboť je zároveň i ambulantním zaměstnancem, dále o etopeda skupiny, psychologa a odborné vychovatele skupin.

Vyplňování dotazníků bylo prováděno osobně výzkumníkem. Podle věku a schopností dětí jim byly podávány zjednodušující a upřesňující otázky. Starší děti měly nabídku vyplnit dotazník samostatně, ale většina z nich ji nevyužila a chtěla otázky společně konzultovat. Žádný z respondentů dětí dotazník vyplnit neodmítl a většina z nich byla ráda za společně strávený čas.

Dotazník byl sestaven ze všech možností otázek a to jak uzavřených, polouzavřených tak i otevřených. Dětem se nejlépe odpovídalo na otázky polouzavřené, kde měly možnost své odpovědi, která ale byla i částečně specifikovaná. Pedagogickým pracovníkům překvapivě vyhovovaly otázky uzavřené či naopak otevřené s možností vlastní odpovědi. Dospělí na rozdíl od dětí odpovídali krátce, jednoduše a výstižně, což bylo pro náš výzkum překvapivé a pozitivní. V několika případech bylo nutné doplnit dotazník odpověďmi přímo od zákonných zástupců dětí, neboť tyto údaje chyběly nebo byly v anamnéze dětí zastaralé. Nejčastěji se to týkalo pohyblivých dat a dalších specifických údajů např. z lékařských zpráv.

3.5 Formulace výzkumných hypotéz

H1: Klienti, u kterých je důvod pro umístění do internátního oddělení střediska výchovné péče agresivní chování, tvoří větší skupinu než klienti, u kterých se tyto agresivní poruchy neuvádějí.

H2: Klienti, kteří přiznávají příležitostné, nebo pravidelné užití drog, tvoří větší skupinu než klienti, kteří žádné drogy neužili.

H3: Klienti, kteří nemají žádnou volnočasovou organizovanou činnost, tvoří větší skupinu než klienti, kteří organizovanou volnočasovou činnost mají.

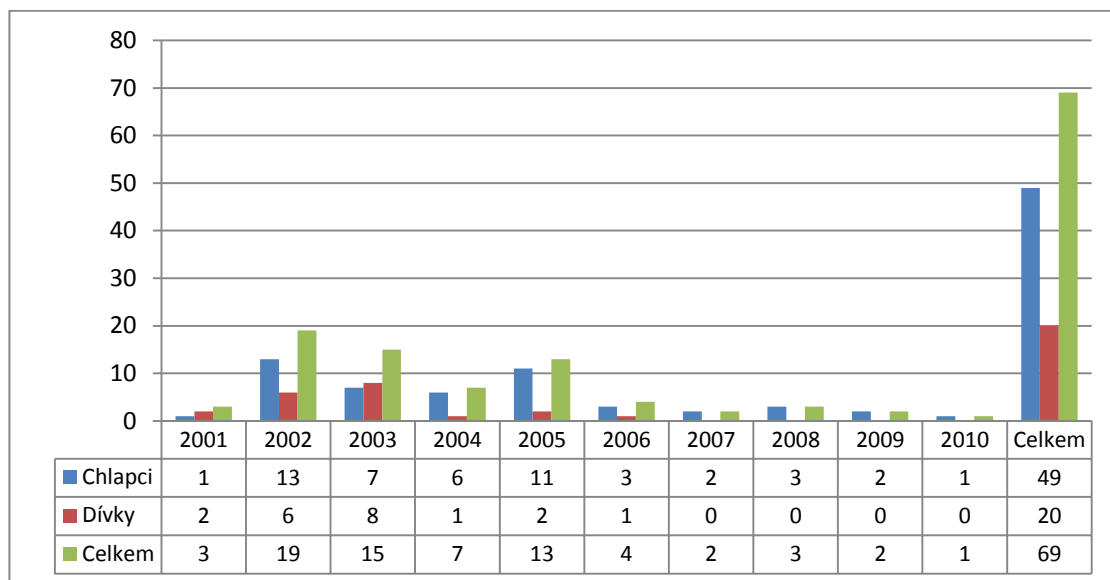
H4: Klienti, kteří nežijí v primární rodině, tvoří větší skupinu než klienti, kteří žijí v primární rodině.

H5: Klienti, kteří aktivně tráví volný čas s rodiči je méně než klientů, kteří volný čas s rodiči aktivně netráví.

H6: Klienti, jejichž rodina je v průběhu internátního pobytu spolupracující, tvoří menší skupinu než klienti, jejichž rodina je v této době nespolečující.

4 Vyhodnocení šetření

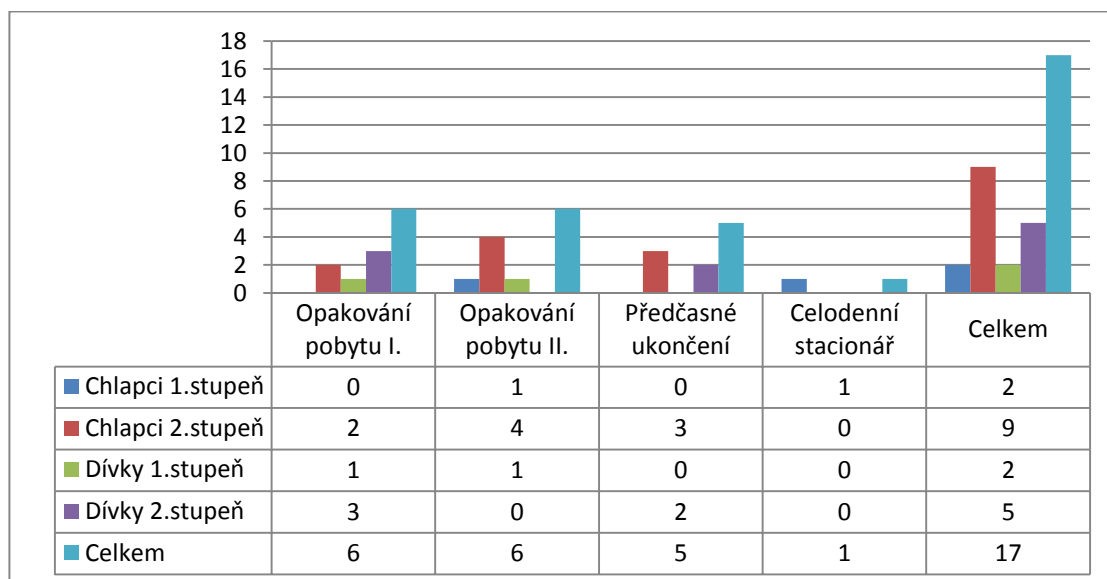
4.1 Respondenti dle ročníku narození



Graf č. 1: Respondenti dle ročníku narození

Graf č. 1 nám znázorňuje počet klientů umístěných ve středisku výchovné péče v námi sledovaném období jednoho roku 03/2017 – 02/2018. V celkovém součtu se jedná o 69 klientů, z nichž bylo 49 chlapců, to je 71 % a 20 dívek a to je 29 %. Toto potvrzuje již výše zmíněné, že poruchy chování a zatížení sociálně patologickými jevy se více projevuje u chlapců proti dívkám. Nejmladším klientem byl chlapec, který v době umístění dosáhl věku 7 let. Nejmladší dívkou byla klientka, které bylo v době umístění 11 let. Nejstaršími klienty byli chlapec a dívka, kterým bylo v době umístění 16 let. Nejpočetnější skupinu tvoří klienti dvou ročníků a to ročníku 2002, kteří v daném roce výzkumu dosáhli 16 let a ročníku 2003, kteří dosáhli 15 let. Klienti těchto dvou nejrizikovějších ročníků z celkového počtu deseti, jichž bylo v součtu 34, tvořili téměř 50 % všech dětí v námi sledovaném období. Velmi blízko k tomuto počtu měl i ročník 2005, kdy šlo o 13 klientů v souhrnu 19 % ve věku 13 let.

4.2 Respondenti dle významu pobytu



Graf č. 2: Respondenti dle významu pobytu

Graf č. 2 nám v prvním sloupci „Opakování pobytu I.“ znázorňuje počet respondentů, kteří opakovali internátní pobyt během námi sledovaného období 3/2017 – 2/2018. Jedná se o čtyři dívky a dva chlapce, což je 9 % z celkového počtu 69 klientů. Během jednoho školního roku je možné, aby klient na internátní pobyt nastoupil ještě jednou. Jedná se především o situace, kdy byl proces resocializace dobře nastaven a ke zdárnému vývoji je potřeba ještě některé změny v jeho chování upevnit. Vždy se jednalo o opakování hned po ukončení pobytu prvního. Ve druhém období tráví klient plánovaně více času doma a rodina s námi intenzivněji spolupracuje i v rámci rodinné terapie.

Ve druhém sloupci „Opakování pobytu II.“ je znázorněn počet dětí, které byly na pobytu také opakovaně, ale nejde přímo o námi sledované období. I v tomto případě jde o 6 dětí, což je 9 % z celkového počtu 69 klientů. Jde o situace, kdy u klienta po prvním období došlo ke změně chování, ale po nějakém čase se vrátil k původnímu nevhodnému modelu.

Celkově se jedná o 18 % klientely námi sledovaného období, kteří byli v péči SVP opakovaně, protože předchozí pobyt splnil očekávání rodičů a dětí a měli zájem v nastaveném trendu pokračovat.

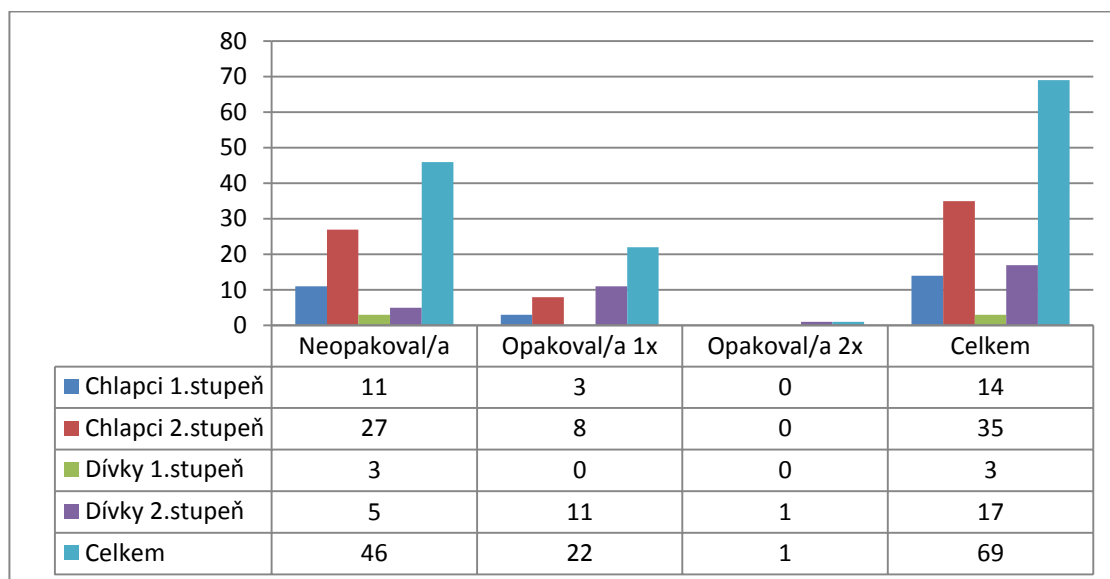
Ve třetím sloupci je znázorněn počet klientů, kteří plánovaný internátní pobyt nedokončili. Z celkového počtu 69 klientů se jedná o 5 dětí, což je ve výsledku 7 %.

Jedná se o tři chlapce, z nichž jeden ve věku 12 let byl po třech týdnech pobytu umístěn do nemocnice na dětské psychiatrické oddělení. Jeho agresivní projevy chování se neslučovaly s pobytem ve školském zařízení. Druhý chlapec ve věku 15 let byl pro vážné porušení vnitřního řádu z pobytu vyloučen. Jednalo se o opakované nedovolené nakládání a užívání omamných a psychotropních látek. Třetí chlapec ve věku 16 let ukončil pobyt po týdnu na vlastní žádost. Celý týden byl pro něj vzhledem k pravidlům v zařízení tak náročný, že se začal projevovat neuroticky. V domácí péči byl zvyklý, že se mu všichni a vše podřizovalo.

Dále se jednalo o dvě dívky, jedna ve věku 15 let byla vyloučena z důvodu odmítání spolupráce s matkou, v zařízení se jí svým způsobem tak zalíbilo, že odmítala jezdit domů a s matkou se setkávat. Byla jednou z dívek, která byla na opakovaném pobytu, u níž ve druhé fázi mělo jít o intenzivnější spolupráci s rodinou. Druhé dívce ve věku 16 let byl pobyt ukončen z důvodu intenzivního užívání omamných a psychotropních látek. Po konzultaci se zákonnými zástupci a s jejím dobrovolným souhlasem byla umístěna do zařízení se specializovanou péčí o tyto klienty.

V posledním sloupci celodenní stacionář se jedná o klienta, který byl Slovenské národnosti, v ČR byl pouze dva měsíce a vzhledem k tomu, že neproběhly všechny formální náležitosti k pobytu, nemohl být umístěn nikam do školy. Původně nastoupil k celodennímu pobytu, ale každodenní docházení bylo pro rodinu i chlapce náročné a fyzicky vyčerpávající, takže po měsíci přešel na pobyt internátní s víkendovými pobyty doma.

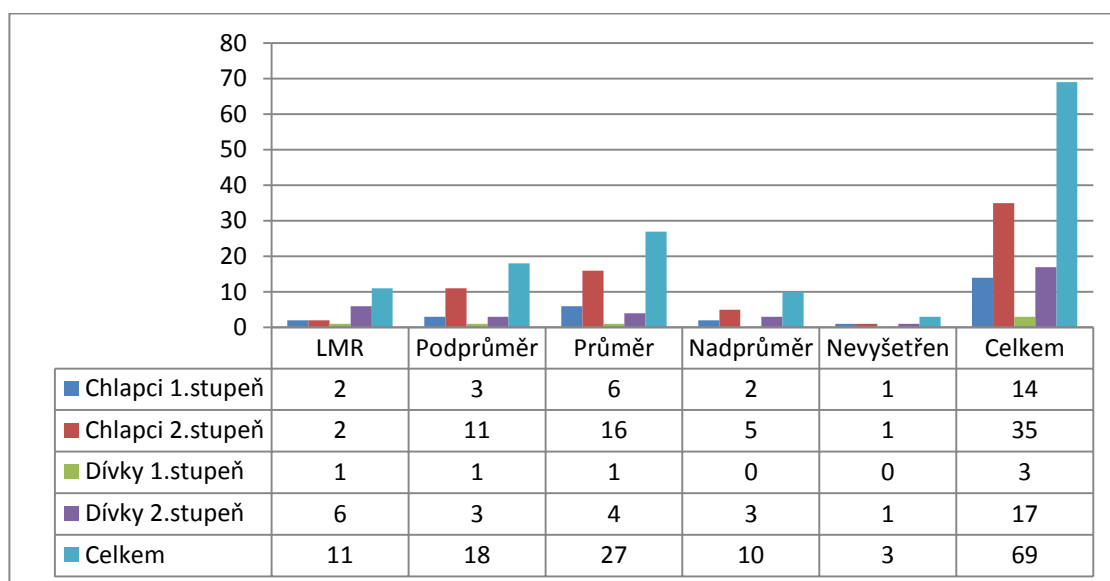
4.3 Respondenti dle opakování školního ročníku



Graf č. 3: Respondenti dle opakování ročníku

Graf č. 3 rozděluje respondenty podle počtu opakování ročníku. Z celkového počtu sledovaných dětí opakovalo jeden nebo více ročníků 23 dětí, což je 33 %. Jedna dívka z druhého stupně opakovala dva ročníky, v tomto případě chlapec žádný. Překvapením je poměr dívek a chlapců. Když se na to podíváme podrobněji, zjistíme, že z celkového počtu 20 dívek opakovalo alespoň jeden ročník 12, což je 60 % a jsou jen z druhého stupně. Tento poměr je u chlapců výrazně nižší a jednou opakovalo ročník 11, což je 22 % z celkového počtu 49 klientů chlapců. Můžeme se jen domnívat, že v případě dívek před chlapci je tato disproporce dána tím, jak uvádíme v grafu č. 4, že je u nich zjištěna nižší úroveň rozumových schopností.

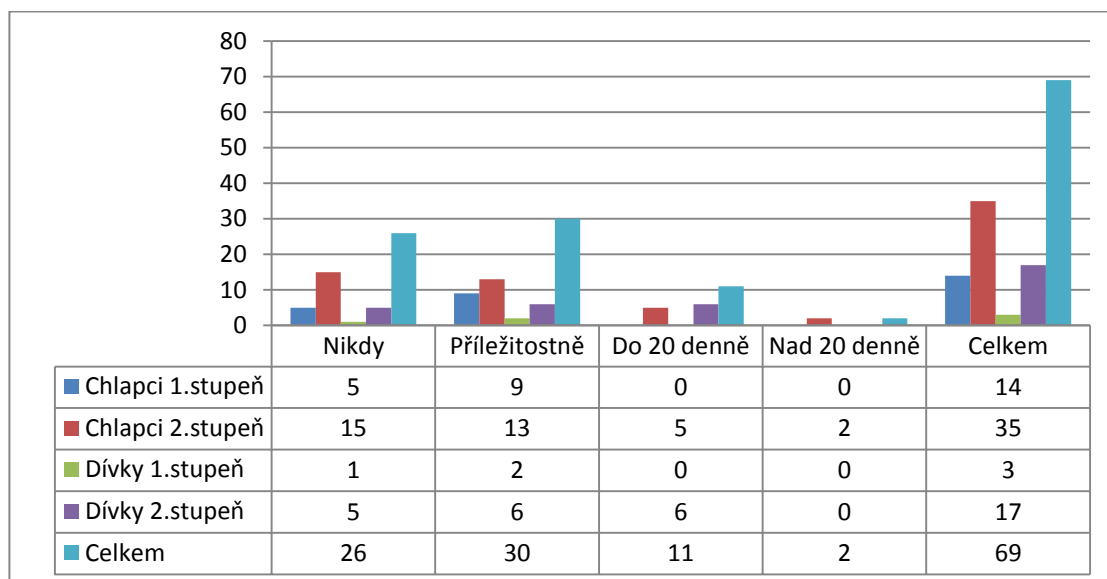
4.4 Respondenti dle úrovně rozumových schopností



Graf č. 4: Respondenti dle úrovně rozumových schopností

Graf č. 4 nám rozděluje respondenty dle jejich úrovně rozumových schopností. Pro naše potřeby jsme vytvořili škálu čtyř nejdůležitějších skupin, se kterými pracují psychologové. V pásmu lehké mentální retardace se nachází 11 dětí z 69, což je 16 %. V pásmu normálu v podprůměrných hodnotách, se nachází 18 dětí z 69, což je 26 %. V pásmu průměru se nachází 27 dětí z 69, což je 39 %. V poslední kategorii pásma normálu, ale v nadprůměrných hodnotách se nachází 3 děti z 69, což jsou 4 %. Poslední 3 děti z 69 nebyly vyšetřeny, dvě z nich z důvodu předčasného ukončení pobytu a jeden chlapec slovenské národnosti nemohl být vzhledem ke komunikační bariéře ve středisku výchovné péče vyšetřen. Pokud se blíže podíváme na kategorii lehké mentální retardace v poměru chlapců a dívek zjistíme, že do ní spadají 4 chlapci z 39, což je 10 % a 7 dívek z 20, což je 35 % a je zde velký rozdíl.

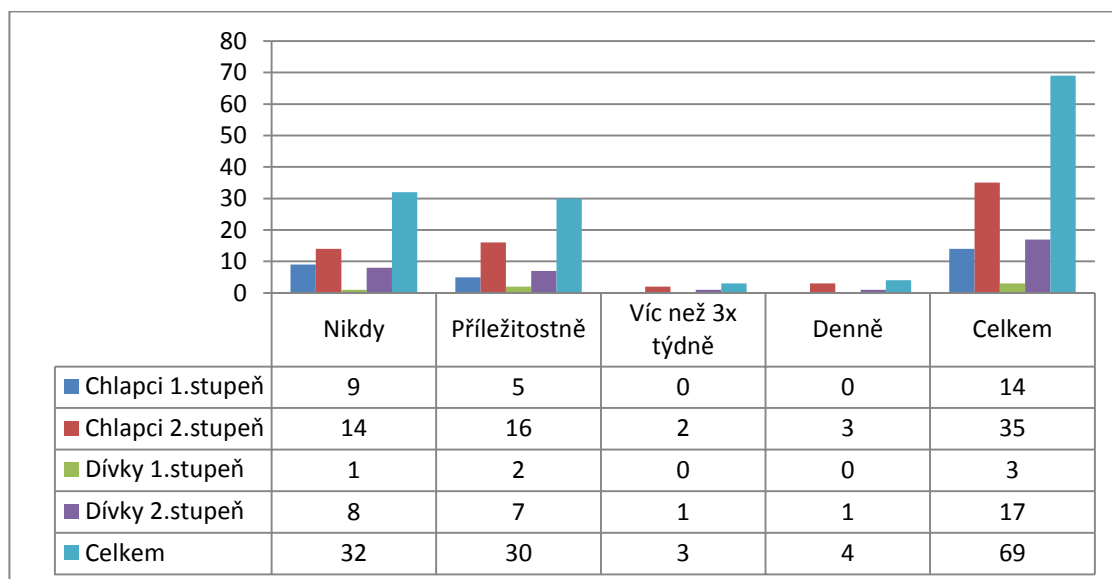
4.5 Respondenti dle vztahu ke kouření



Graf č. 5: Respondenti dle vztahu ke kouření

Graf č. 5 nám znázorňuje vztah respondentů ke kouření. Z celkového počtu klientů jsou aktivními kuřáky nad 20 cigaret denně 2 chlapci z druhého stupně. Pravidelnými denními kuřáky s nspecifikovaným počtem cigaret denně je 11 klientů, což je v poměru 52 dětí na druhém stupni 21 % z celku. Alarmujícím číslem je ovšem počet příležitostných kuřáku u dětí na prvním stupni, což je z počtu 17 dětí 11 klientů příležitostně kouřících a v součtu je to 65 %. Děti z prvního stupně uvádějí, že nejčastěji kouří ve volném čase, který mají velmi málo organizovaný, se staršími dětmi v partě. Zajímavé bylo i zjištění, že cigarety získávají krádeží rodičům nebo dostanou od někoho v partě a překvapivě i od starších sourozenců, žádné z dětí nevedlo, že by si cigarety samo koupilo.

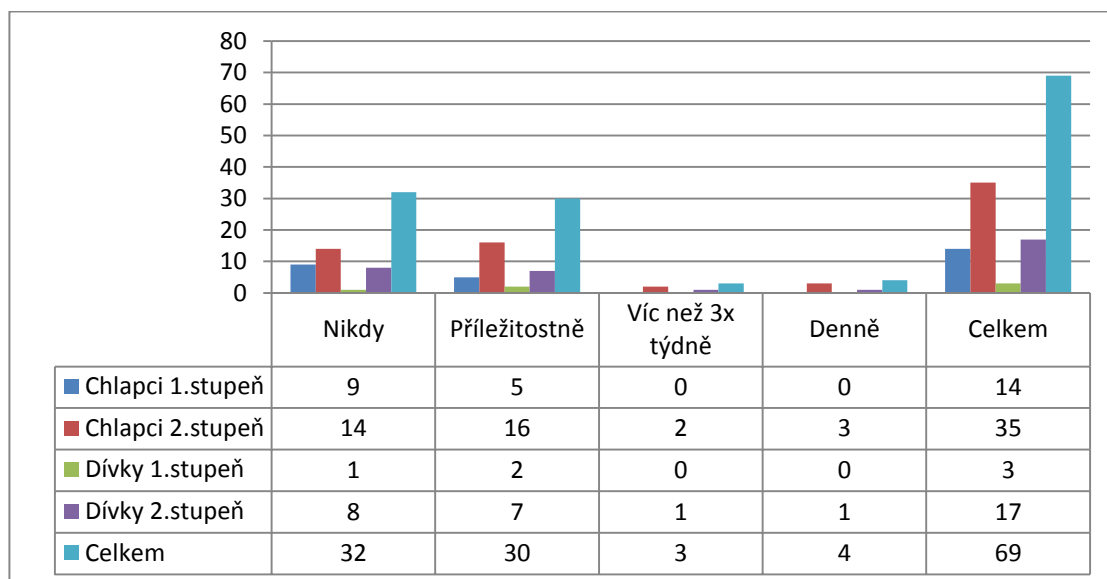
4.6 Respondenti dle vztahu k drogám



Graf č. 6: respondenti dle vztahu k drogám

Graf č. 6 nám znázorňuje vztah respondentů k drogám. Pravidelnými uživateli byli 4 klienti, což je z celkového počtu dětí 6 %. Jeden hoch a jedna dívky byli uživateli pervitinu a dle znázornění grafu č. 2 byli z pobytu vyloučeni. Zbylí dva chlapci jako užívanou drogu označili marihuanu a v tomto ohledu se s nimi a zákonnými zástupci dále pracovalo. Takzvanými „víkendovými“ uživateli byli 3 klienti druhého stupně v poměru téměř 5 % z celku. Ti jako drogu uváděli dle pořadí marihuanu, extázi (taneční drogu) a pervitin. Vzhledem k tomu, že věděli, že je jejich stav sledován a budou namátkově testováni, tak se vraceli z víkendových pobytů „čistí“. Pravdou ovšem je, že testování se provádělo jen v případě marihuany – THC a pervitinu – Metamfetamin. Alarmujícím výsledkem ovšem je, že na prvním stupni mělo příležitostnou zkušenost s drogou 7 dětí ze 17, což je 41 % a bez zkušenosti s drogou bylo 10 dětí ze 17, to je 59 %. Jako jedinou drogu uváděli marihuanu a to v souvislosti s partou, kde jim dal vždy někdo starší „potáhnout“. Bez jakékoli zkušenosti s drogou bylo na druhém stupni 22 dětí, což je z celkového počtu 52 klientů druhého stupně 42 %. V celkovém součtu mělo zkušenost s drogou 37 dětí z 69, což je 54 %.

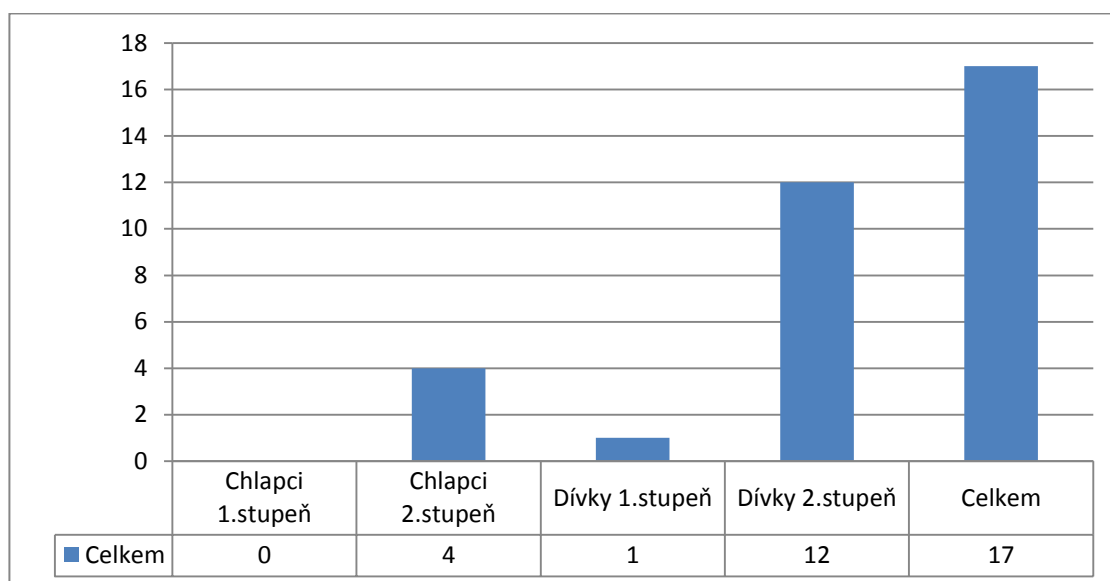
4.7 Respondenti dle vztahu k alkoholu



Graf č. 7: Respondenti dle vztahu k alkoholu

Graf č. 7 nám znázorňuje vztah respondentů k alkoholu. Tento údaj má zvláštní vypovídající hodnotu a je uváděn jen pro dokreslení sociálně patologických jevů, neboť velká část mladších dětí popisovala jako příležitostnou zkušenost pití alkoholu s rodiči. V naší kultuře je celkově vztah k alkoholu pozitivní a není brán, pokud ovšem nejde o alkoholiky, jako negativní jev. Z celkového počtu dětí 69 je pravidelnými uživateli 3x týdně až denně 7 klientů druhého stupně – 10 %, příležitostnými uživateli 30 dětí – 43 % a bez zkušenosti s alkoholem je 32 dětí – 47 %. V případě nulové zkušenosti s alkoholem je tento údaj také částečně zkreslen tím, že děti z druhého stupně nepovažují za příležitostné užití alkoholu jeho „ochutnávkovou“ konzumaci s rodiči v mladším věku a tvrdošjně se hlásili k pojmu „Nikdy“.

4.8 Respondenti dle vztahu k sexuálně rizikovému chování



Graf č. 8: Respondenti dle vztahu k sexuálně rizikovému chování

Graf č. 8 nám znázorňuje vztah klientů k sexuálně rizikovému chování. Tento graf mluví o velmi choulostivém tématu a tak tomu bylo i u těchto klientů. Celkově šlo z počtu 69 klientů o 17 dětí, což je 25 %, kteří měli nějakou zkušenost. Pokud to rozdělíme dle pohlaví, tak šlo o 4 chlapce ze 49, což je 8 % a to pouze na druhém stupni, v případě dívek se jednalo o 13 klientek z 20, což je 65 % a jde společně o první i druhý stupeň.

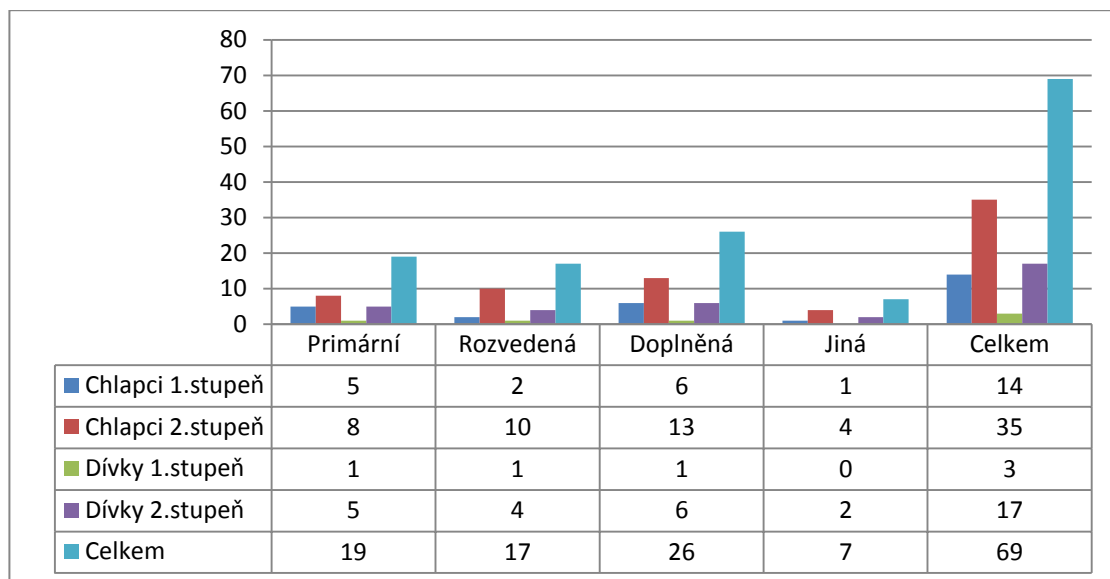
V případě chlapců se do této kategorie zařadili 4 klienti, v době umístění již 15 let, kteří uváděli pravidelné sexuální kontakty se svými partnerkami.

V případě dívky na prvním stupni, intelektově v pásmu lehké mentální retardace, šlo o zneužití staršími, ale také nezletilými kamarády, kteří jí fotili nahou a její fotografie zveřejnili na sociální síti. Tato skutečnost byla před nástupem dívky k pobytu řešena Policií České republiky.

Dívky druhého stupně v počtu 12 také uváděly zkušenost z této oblasti, ale často ji určitým způsobem zároveň popíraly, aby pravděpodobně nedostaly své partnery do problémů, neboť některé ještě nedosáhly věku 15 let. Jedna z nezletilých dívek umisťovala sama své nahé fotky na sociální síť. Další dívka sdělovala, že byla zneužita partnerem matky, ale tato skutečnost se v dalším šetření neprokázala. Další nezletilá dívka byla znásilněna v partě, do které dobrovolně docházela (v době umístění dívky na pobytu probíhalo vyšetřování) a další sexuální kontakty již

popisovala jako dobrovolné. Tři dívky, které dosáhly věku 15 let, uváděly pravidelné sexuální kontakty se svými partnery. Zbýlých 6 dívek uvádělo blíže neurčenou sexuální zkušenost v podobě manipulace s fotografiemi a nedokonaným sexuálním aktem.

4.9 Respondenti dle rodiny



Graf č. 9: Respondenti dle rodiny

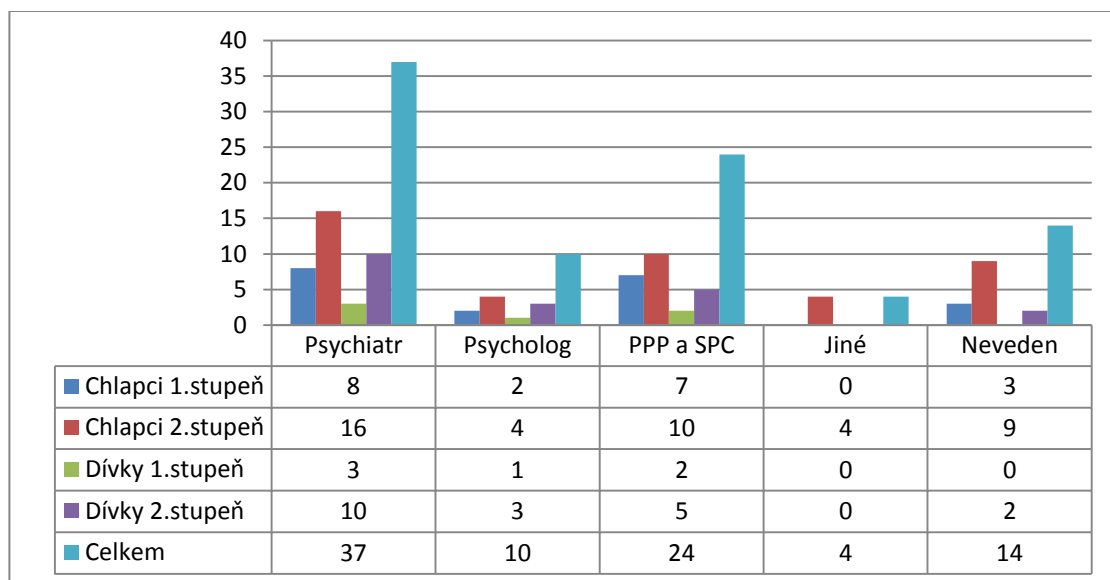
Graf č. 9 nám rozděluje respondenty dle rodinného zázemí. Do sloupce rodina primární jsme zahrnuli děti, které mají oba vlastní rodiče stále v manželském nebo partnerském svazku a žijí spolu ve společné domácnosti. V jednom případě šlo o chlapce, který byl adoptovaný, ale již od útlého věku, takže je jeho rodina brána jako primární. Jedná se o 19 dětí z celkového počtu 69, což je 28 %.

Do sloupce rodina rozvedená jsme zahrnuli děti, které v době pobytu ve středisku výchovné péče žili jen s jedním rodičem a to na základě rozvodu, rozchodu, nebo spolu rodiče ve společné domácnosti nikdy nežili a o dítě společně nepečovali. Jde o 17 dětí, což z celku odpovídá 25 %.

Ve sloupci rodina doplněná se jednalo o všechny děti, které měli jednoho rodiče vlastního a druhého doplněného. Důvodem rozpadu primární rodiny mohl být rozchod, rozvod a v některých případech i úmrtí jednoho z rodičů. Jednalo se o 26 dětí z 69, což odpovídá 38 %.

Poslední sloupec se týká dětí, které byly aktuálně v příbuzenské pěstounské péči a o jednoho chlapce, který byl v nepříbuzenské pěstounské péči. Jde o 7 dětí, což z celkového počtu odpovídá 10 %.

4.10 Respondenti dle odborných zařízení



Graf č. 10: Respondenti dle odborných zařízení

Graf č. 10 nám rozděluje klienty dle docházení na jiná specializovaná lékařská či školská pracoviště. V několika případech se jedná o klienty, kteří docházeli do více odborných pracovišť najednou.

Nejpočetnější skupinou byli klienti, kteří docházeli za odborníky z Pedopsychiatrie. Jednalo se o krátkodobé i dlouhodobé vedení klienta formou ambulantní i lůžkové péče. Z celkového počtu 69 dětí to bylo 34 klientů, což odpovídá 50 %.

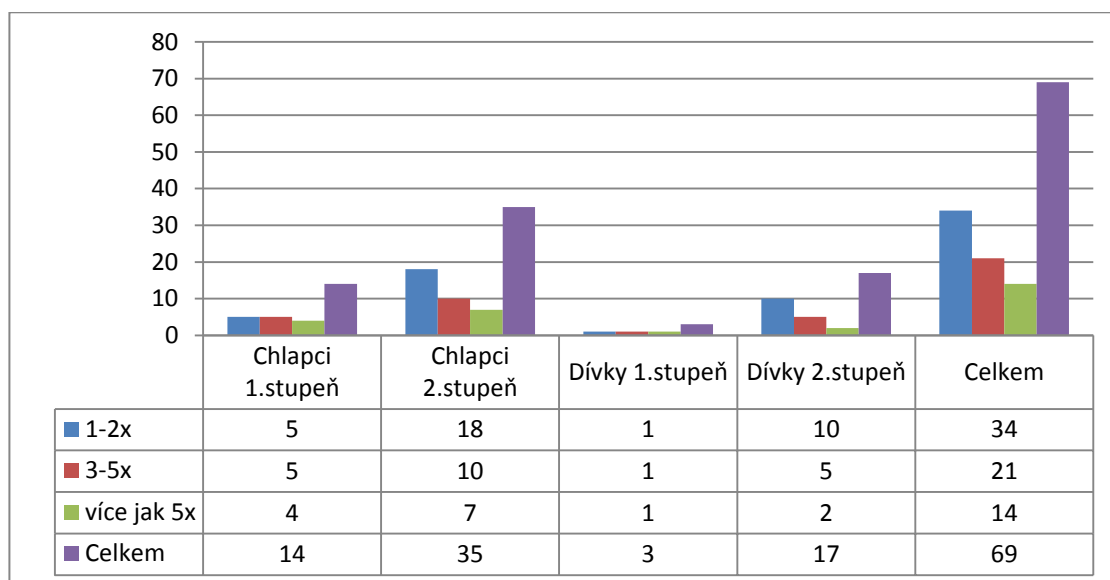
V dalším sloupci pod názvem Psycholog jsou vedeni klienti, kteří prošli či aktuálně procházeli péčí klinických psychologů. Jednalo se o 10 dětí z 69, což odpovídá 14 %.

Sloupec PPP a SPC nám mapuje počet klientů, kteří docházeli nebo stále docházejí do těchto organizací. Jak z názvu vyplývá, nejčastěji se jednalo o krátkodobé vedení klienta, které mělo spojitost s vzdělávacím procesem. Šlo o 24 klientů z 69, což odpovídá 35 %.

V posledním sloupci jsou klienti, kteří docházeli do lékařských ordinací kvůli jejich specifickému zdravotnímu handicapu. Pro většinu z nich jejich handicap znamenal

zatěžující omezení. V jednom případě se jednalo o chlapce, který byl nedoslýchavý, užíval naslouchátko a docházel do ambulance ORL. Druhý chlapec měl diagnostikován diabetes mellitus, několikrát denně si podkožně aplikoval inzulin a docházel na endokrinologii. Třetí chlapec měl dle sdělení matky poruchu štítné žlázy a vždy večer si podkožně aplikoval růstový hormon, lék, který musel být uchovávan v chladu. Více informací nám matka nepodal a lékařskou zprávu nedoručila. Poslední chlapec ze jmenované skupiny docházel do sexuologické ordinace, neboť se cítil být ženou v mužském těle – porucha pohlavní identity. Jednalo se o 4 klienty z 69, což odpovídá 6%.

4.11 Respondenti dle ambulantní péče



Graf č. 11: Respondenti dle ambulantní péče

Graf č. 11 nám rozděluje klienty podle počtu návštěv ambulantního oddělení před umístěním na internátní pobyt. Když se na graf podíváme podrobněji a soustředíme se na frekvenci návštěv, zjistíme, že situace není optimální, určitým způsobem „popírá“ princip péče sekundární a stává se péčí terciární. Ze zákonných podmínek umístění klienta do střediska výchovné péče na internátní pobyt vyplývá, že by rozhodnutí o pobytu mělo být dobrovolné ze strany klienta i jeho rodičů, měla by mu předcházet ambulantní péče s klientem a až v případě, že tato péče není účinná, měl by být v dalším kroku nastaven internátní pobyt. Laicky by se tento stav z pohledu rodičů dal

popsat tak, že jsou ze situace s dítětem tak bezradní, a proto volí cestu potrestání okamžitým umístěním do internátního zařízení. Na druhou stranu to nevypovídá jen o situaci rodičů, ale i pracovníků OSPOD, kteří některým klientům pobyty ve středisku výchovné péče „nařizují“. Je to z toho důvodu, že rodiče by sami dobrovolně ke spolupráci se střediskem nepřistoupili a pracovníci OSPOD předpokládají, že by mohlo docházet ke zhoršení situace jejich klienta a nařízením pobytu ve středisku se chtějí vyhnout verdiktu nařízení nějaké formy ústavní výchovy. V tomto námi sledovaném období byli přijati tři klienti, kteří měli pobyt nařízený soudním rozhodnutím. Byli to klienti přijati v roce 2018, kdy byl interním předpisem na OSPOD omezen počet klientů, kterým se pobyt proplácel z dávek hmotné nouze. V předchozích letech bylo také několik pobytů určených soudem, ale vždy šlo o nařízení z důvodu určení diagnostiky klienta a ne o finanční hledisko. I toto rozhodnutí by se mohlo zdát sporné, neboť k tomuto účelu jsou určeny diagnostické ústavy, ale vzhledem k povaze klientova problému, se vycházelo z principu uplatnění klientova nejvyššího zájmu. Tento údaj nebyl sledován a byl i mimo námi sledované období.

Dále by se v tomto případě také mohlo polemizovat o tom, kolik je adekvátní počet návštěv ve středisku před přijetím na internátní pobyt. Tento údaj je ovšem neměřitelný, neboť vše vychází z individuality jedince, jeho rodinného zázemí a problémové situace, ve které se sám klient nachází.

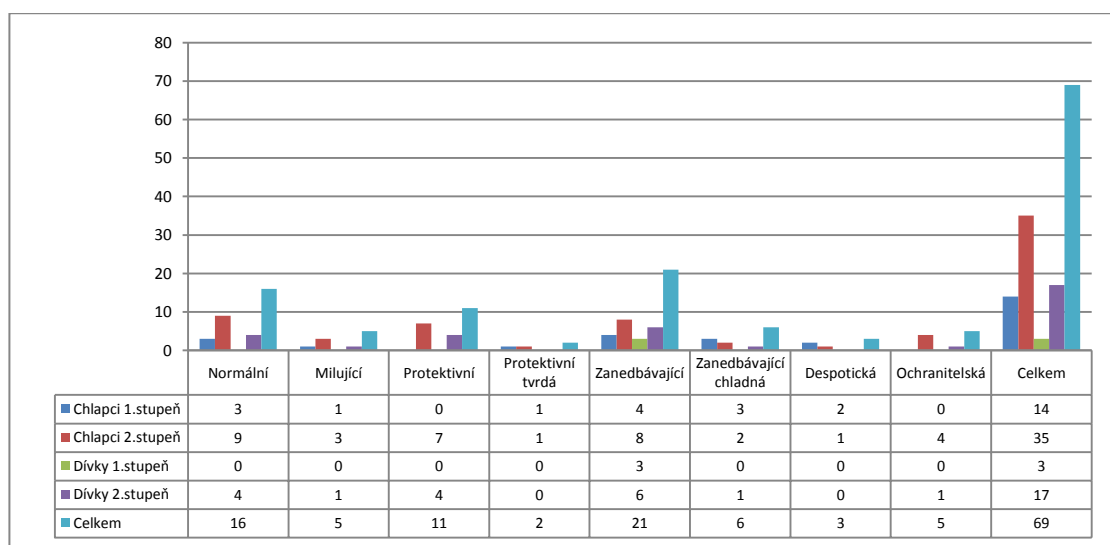
K našemu výzkumu jsme se rozhodli tento údaj rozdělit do tří odpovídajících kategorií. První kategorie je o počtu 1–2 návštěvy ambulance, kdy dochází opravdu jen k tomu, že je klient zaevidován, je s ním proveden vstupní pohovor a výjimečně hned na první návštěvě je sepsána smlouva o pobytu. Častěji je sepsována smlouva až při druhé návštěvě, které již nemusí být klient dítě přítomen a rodič donese potřebné dokumenty, které na při prvním kontaktu neměl. Druhá kategorie je o počtu 3–5 návštěv ambulance, kdy dochází k tomu, že je s rodinou a klientem minimálně 3 x „pracováno“. V tomto případě již umístění na pobyt nachází své opodstatnění, neboť situace klienta mohla být částečně rozkryta a byly nastaveny cíle internátního pobytu. Třetí kategorie je o více než 5 návštěvách ambulantního oddělení, což dle našeho hlediska splňuje předpoklady k umístění na internátní pobyt. Tento počet návštěv může znamenat, že s klientem je dlouhodobě pracováno a nyní došlo ke zhoršení situace, která se projevuje nejčastěji v období puberty. Problémy se ale mohou zhoršit přechodem žáka na druhý stupeň, nebo do jiné školy, změnou rodinného prostředí – rozvodem, rozchodem, úmrtím, stěhování apod.

Dalším neméně podstatným hlediskem je poddimenzovanost středisek výchovné péče odbornými pracovníky a na první či kontrolní návštěvu ambulance se v některém vytížených období čeká i dva měsíce. Pokud se posléze ještě přidá i problém v rodině, a klienti proto nemohou v objednaný termín z vážného důvodu přijít, může se interval mezi návštěvami prodloužit i na tři měsíce.

Další aspekt, který k nízké návštěvnosti ambulance před přijetím klienta na internátní pobyt přispívá, je ten, že jsou někteří klienty jiných středisek výchovné péče. V tomto období šlo o jednu klientku ze SVP Karlovy Vary, která tam internátní pobyt již absolvovala a nedošlo k významnějším změnám, a jednoho klienta ze SVP Domažlice, který potřeboval být akutně umístěn a neměli pro něj z kapacitních důvodů v Domažlicích místo. Další specifickou oblastí byly děti ze SVP Příbram, které nemá své internátní oddělení, a někteří jejich klienti tuto službu využívají v našem zařízení. V tomto případě se jednalo o tři chlapce a jednu dívku.

Pokud se zaměříme na jednotlivé kategorie, tak v prvním případě s nejnižší návštěvností ambulance 1–2 se jednalo o 34 dětí z 69, což odpovídá 50 %. Ve druhé kategorii v intervalu 3–5 návštěv ambulance se jednalo o 21 dětí z 69, což odpovídá 30 %. Třetí kategorie v počtu více než 5 návštěv se týkala 14 dětí z 69, což odpovídá 20 %. Naším ideálem by byla opačná posloupnost.

4.12 Respondenti dle výchovy v rodině



Graf č. 12: Rozdělení respondentů dle výchovy v rodině

Graf č. 12 nám rozděluje respondenty dle výchovného stylu v rodině. Tento údaj, ačkoliv se zdá být jednoduchým, byl velmi obtížně měřitelný. Respondenty byli garanti klienta, jeho vychovatel, psycholog a etoped. Garant klienta je pedagogický pracovník, který má dítě v péči v ambulantním oddělení a byl tím, kdo ho na internátní pobyt doporučil. Původně jsme z odborné literatury vytvořili škálu stylů výchovného vedení v rodině, ale do té odmítali někteří tito pracovníci výchovný styl rodiny zařadit, neboť dle jejich poznatků nevystihoval to, co bylo podstatné. Přistoupili jsme tedy k tomu, že se každý pracovník vyjádřil vlastním výrazem a z toho vyplynula tato tabulka.

Výchovný styl normální byl označen jako běžný, normálně se snažící rodiče nebo rodič, který má na dítě adekvátní požadavky, chová se a pečuje o něj přiměřeně jeho věku. Jednalo se o 16 rodin z 69, což je 23 %.

Dalším výchovným stylem byl bezmezně milující rodič, který své dítě obdivoval a opečovával, ale nepatřil do skupiny protektivních rodičů. Jednalo se o 5 rodin z 69, což je 7 %.

Dalším výchovným stylem byl rodič protektivní, což značilo rodinu pečující o dítě rozmazlujícím a ochranným způsobem. V této kategorii mělo několik matek společný rys a to byl negativní vztah ke škole dítěte a matky shodně obviňovaly učitele včetně ředitelů škol z toho, že si na jejich dítě „zasedl“. Jednalo se o 11 rodin z 69, což je 16 %.

V další kategorii byl výchovný styl protektivní, ale zároveň velmi tvrdý. Tito rodiče své dítě prosazovali podobným způsobem jako protektivní z předchozí kategorie, ale byly k němu velmi tvrdí, autoritativní, nedávali mu téměř žádný prostor a tvrdě ho za prohřešky sankcionovali. Jednalo se o 2 rodiny z 69, což jsou 3 %.

Další kategorií byla rodina zanedbávající. Jednalo se o nejvyšší počet rodin z celého sledovaného vzorku. V tomto případě šlo většinou o zanedbávání po stránce materiální, časové, finanční, věnovali dítěti málo pozornosti apod. Tyto děti přicházely s horšími hygienickými návyky, nebyly materiálně zabezpečené, neuměly využívat volný čas, rodiče chodili pozdě nebo vůbec na aktivity spojené s internátním pobytem, ale bylo vidět, že své dítě mají rádi a byli citově zaangażovaní. Jednalo se o 21 rodin z 69, což je 30 %.

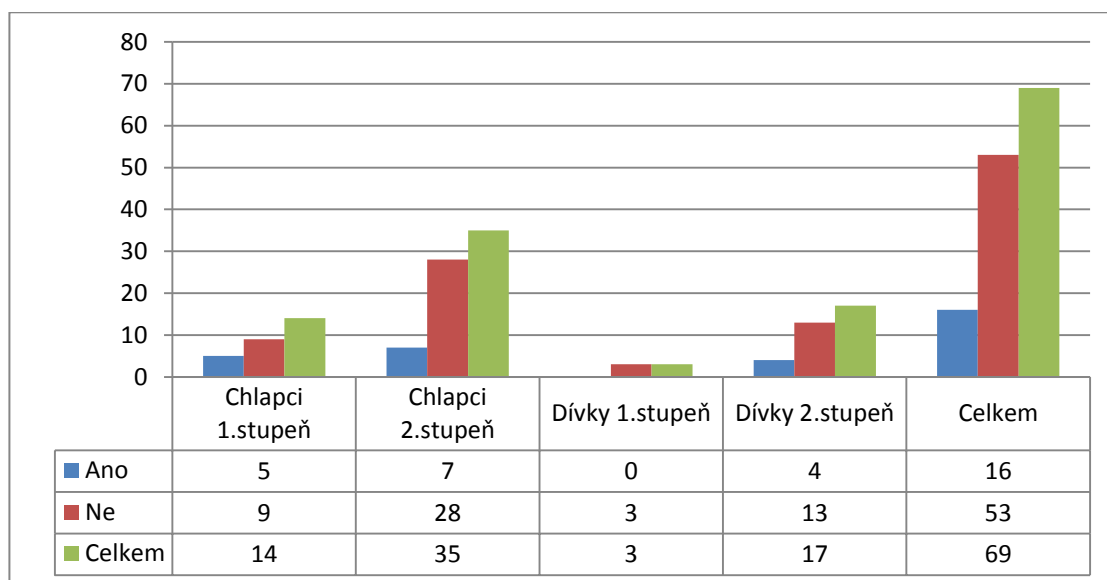
Dalším výchovným stylem byl zanedbávající a citově chladný. Jednalo se o stejné vedení jako v předchozí kategorii, ale v této skupině byli rodiče k dětem odtažití a

nesytili je emočně. Výchova byla chladná, bez zájmu, někdy až hrubá. Jednalo se o 6 rodin z 69, což je 9 %.

Další kategorií byla rodina despotická. Tito rodiče byli velmi chladní, dětem nedávali žádný prostor k vlastnímu rozhodování, přehlíželi je, nařizovali jim a často docházelo i k ponižování. Jednalo se o 3 rodiny z 69, což je 5 %.

V další kategorii byl výchovný styl ochranný, jímž byla označena skupina rodičů, kteří své dítě upoutávali k sobě nezdravým způsobem, vyžadovali pro něj výhody, nemělo žádnou zodpovědnost, bylo nesamostatné a vychovávali ho k závislosti na nich. Jednalo se o 5 rodin z 69, což je 7 %.

4.13 Respondenti dle domácího násilí



Graf č. 13: respondenti dle domácího násilí

Graf č. 13 nám rozděluje respondenty podle domácího násilí. V tabulce jsou uvedeny děti, které se staly obětí násilného chování v rodině. Většinou nešlo o dlouhodobé násilí, ale některé epizody byly obzvláště trýznivé. V jednom případě to skončilo tím, že partner matky vyhodil chlapce z okna. Ve dvou případech se jednalo o násilí ze strany matky, v pěti případech o násilné chování otce a ve zbývajících byli tyrany partneři matek. V jednom případě šlo o zneužívání dívky partnerem matky. Ve třech případech jsme se tím zabývali i při internátním pobytu, kdy z našich zjištění a po

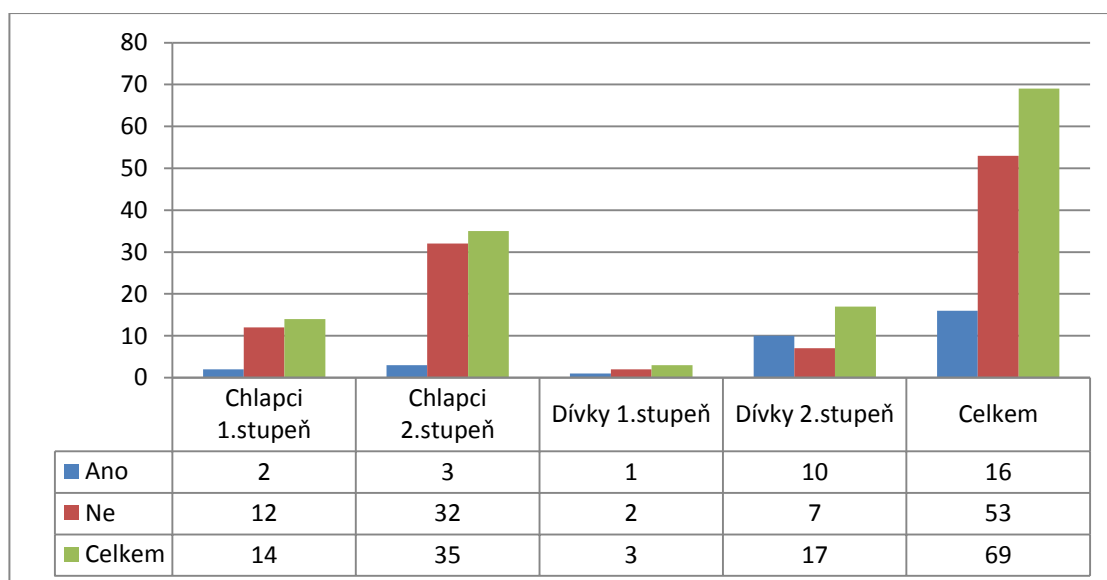
konzultacích se sociálními pracovníci, jsme vnímali rodinu jako stále nadměrně fyzicky trestající.

V kategorii chlapců došlo k fyzickému násilí ve 12 případech, což je z celkového počtu 49 hochů 24 %.

V kategorii dívek se jednalo o 4 z celkového počtu 20, což je 20 %.

Pokud se podíváme na celkový součet bez rozdílu pohlaví, tak se jednalo o 16 dětí z 69, což je 23 % klientů, kteří se stali obětí fyzického násilí, které mělo vliv na jejich rozvoj osobnosti.

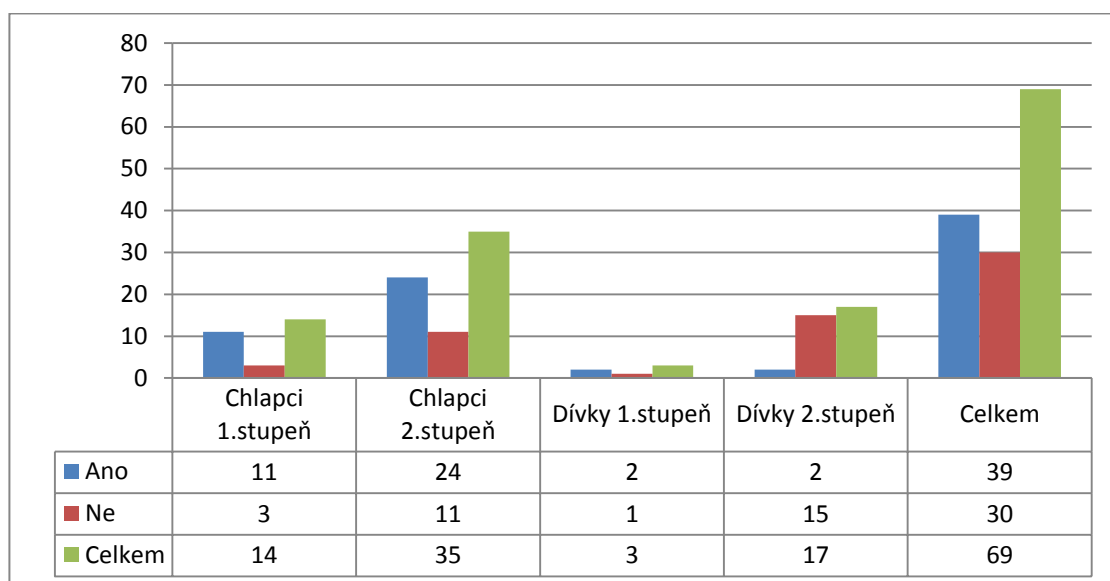
4.14 Respondenti dle autoagrese a suicidních tendencí



Graf č. 14: Respondenti dle autoagrese a suicidních tendencí

Graf č. 14 nám rozděluje respondenty dle autoagrese a suicidních tendencí. Z celkového počtu se „sebepoškozovalo“ nebo pokusilo o „sebevraždu“ 16 dětí z 69, což je 23 %. Z chlapců se jednalo o 5 ze 49, což je 10 %, ale u dívek jde o výrazně vyšší číslo a jedná se o 11 z celkového počtu 20, což je 55 %. Toto odpovídá situaci, že dívky řeší problematické situace častěji autoagresí, kdežto chlapci agresí vůči jiným objektům. U chlapců šlo ve dvou případech z prvního a druhého stupně o pokus sebevraždy oběšením.

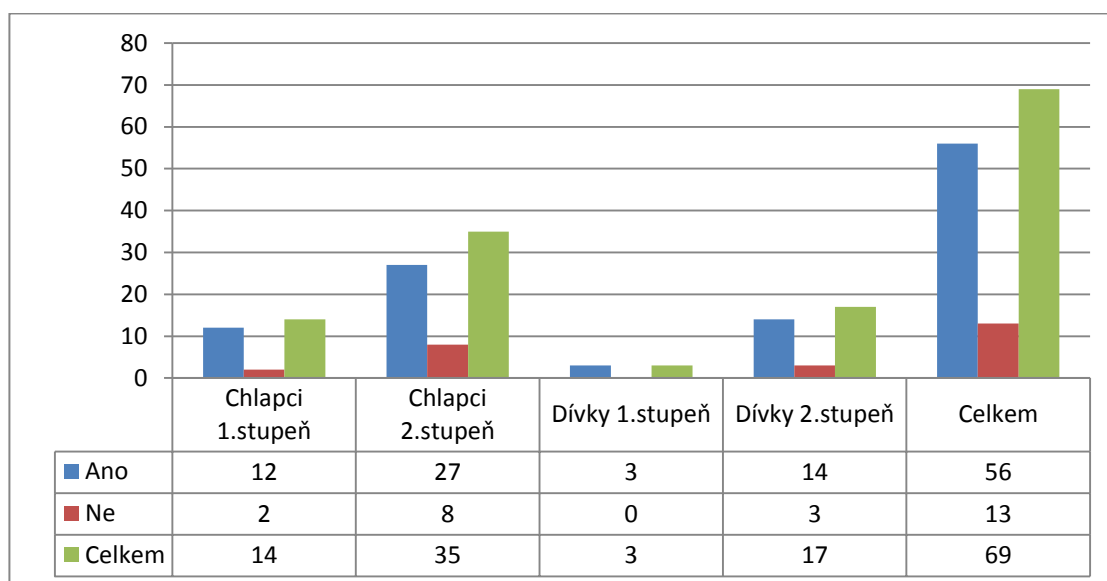
4.15 Respondenti dle důvodů umístění – agresivní chování



Graf č. 15: Respondenti dle důvodů umístění – agresivní chování

Graf č. 15 nám znázorňuje počty dětí, u kterých bylo jedním z důvodů umístění na internátní oddělení agresivní chování. Z celkového počtu dětí 69, se jich agresivně projevovalo 39, což je 57 %. Když porovnáme rozdíl mezi pohlavími, tak u chlapců jde o 35 dětí ze 49, což odpovídá 71 % a u dívek se jednalo o 4 klienty z 20, což odpovídá hodnotě 20 % a rozdíl je velmi vysoký. Zajímavé je také srovnání mezi mladšími školními žáky, kdy se to týkalo 13 dětí ze 17, což je 76 %, a u starších školních žáků se jednalo o 26 klientů z 52, což je 50 % a jejich podíl je tedy nižší. U chlapců z prvního stupně bylo agresivní chování nejpočetnějším důvodem k umístění.

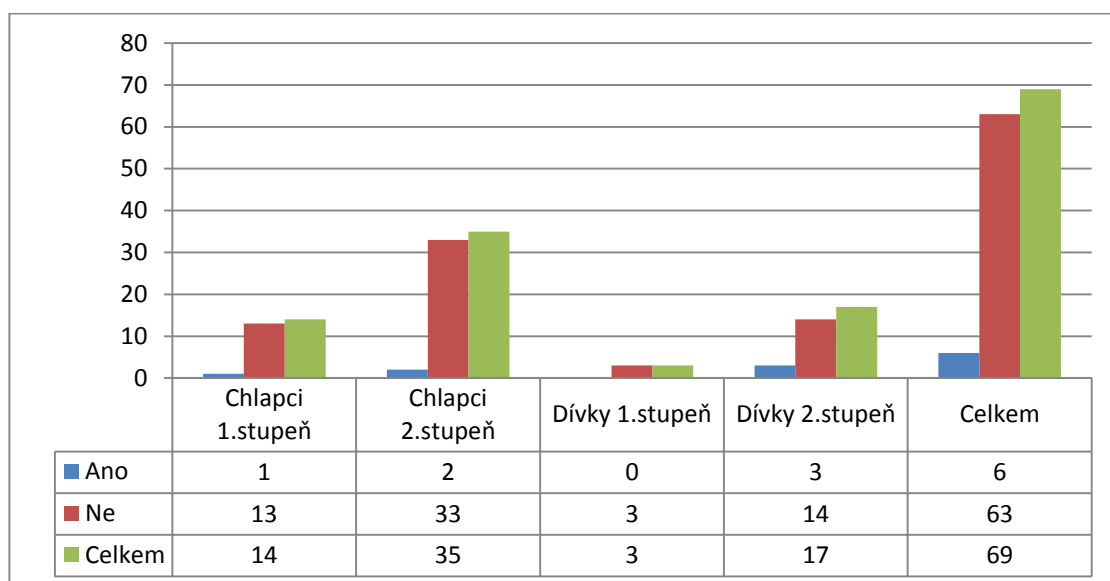
4.16 Respondenti dle důvodů umístění – nerespektování autorit



Graf č. 16: Respondenti dle důvodů umístění – nerespektování autorit

Graf č. 16 nám rozděluje respondenty, u kterých jeden z důvodů umístění na internátní pobyt bylo nerespektování autorit v domácím i školním prostředí. V celkovém součtu je to nejvíce zastoupený sociálně patologický jev a byl zjištěn u 56 dětí z 69, což odpovídá 81 %. Poměr mezi chlapci a dívkami hovoří více ve prospěch dívek, neboť se to týká 17 dívek z 20, což je 85 % a 39 chlapců ze 49, což odpovídá 80 %. Název této kategorie se používá interně v tomto zařízení a v odborné terminologii se běžně nepoužívá a dal by se odborněji nazvat jako pasivní agrese, ale přesně vystihuje danou problematiku, do které jsme pro naše potřeby zahrnuli i patologickou vzdorovitost u dětí na prvním stupni, která je s tímto spojená.

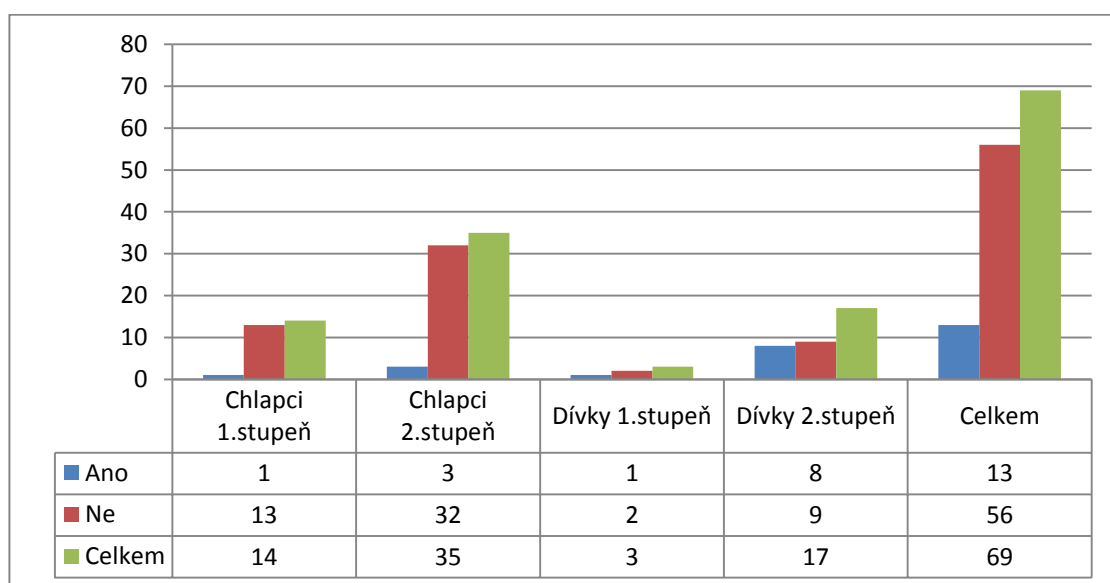
4.17 Respondenti dle důvodů umístění – lhaní



Graf č. 17: Respondenti dle důvodů umístění - lhaní

Graf č. 17 nám znázorňuje počty dětí, u kterých jedním z důvodů umístění na internátní pobyt bylo lhaní. Vzhledem k počtu 6 klientů z 69, což je 9 %, se jednalo o zanedbatelnou položku a rodiče jí pravděpodobně nevnímají jako důležitou, nebo ji zahrnují do jiných kategorií.

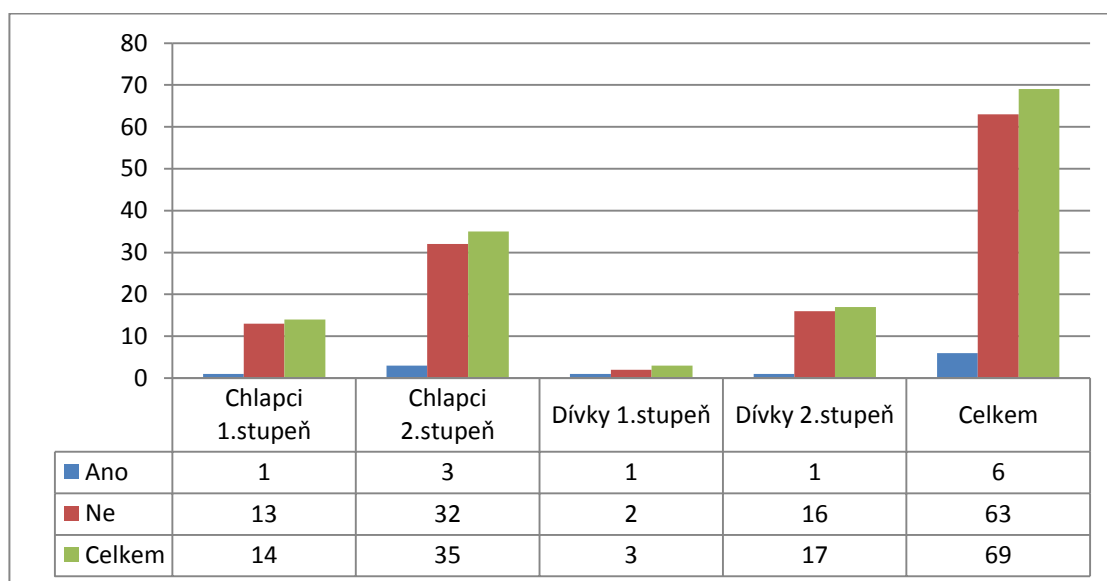
4.18 Respondenti dle důvodů umístění – útěky



Graf č. 18: Respondenti dle důvodů umístění - útěky

Graf č. 18 nám znázorňuje počty dětí, u kterých jedním z důvodů umístění na internátní pobyt byla problematika útěků a toulání. Nejčastěji se jednalo o krátkodobé útoky, které rodiče popisovali tak, že pokud dítěti zakážou z nějakého důvodu jít ven, tak ono odejde proti jejich vůli a většinou se vrací až v pozdních nočních hodinách. Celkově se tedy jednalo o 13 dětí z 69, což odpovídá 19%. Zajímavé je ovšem porovnání rozdílu útěkovosti v závislosti na pohlaví, jedná se o 9 dívek z 20, což je 45 % a o 4 chlapce ze 49, což je výsledných jen 8 %. V tomto případě by se dalo polemizovat nad tím, co je důvodem tak vysokého rozdílu, jestli je to opravdu tím, že dívky tyto situace řeší útekem častěji nebo je to o tom, že rodiče dívek tento akt vnímají citlivěji, protože jsou dívky podle nich ve větším nebezpečí.

4.19 Respondenti dle důvodů umístění – krádeže

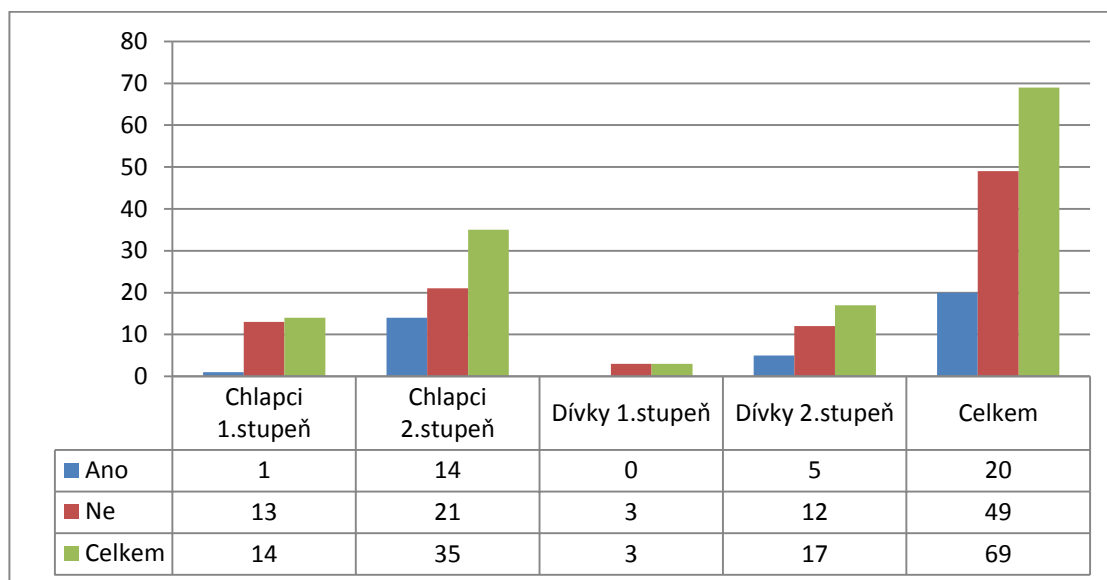


Graf č. 19: Respondenti dle důvodů umístění – krádeže

Graf č. 19 nám znázorňuje počty dětí, u kterých jedním z důvodů umístění na internátní pobyt byla problematika krádeží. V celkovém počtu jde také o zanedbatelné číslo, neboť se týká 6 dětí z počtu 69 klientů a jde o 9 %. Na základě grafu č. 21 víme, že jde o dva chlapce druhého školního stupně, kdy šlo o krádež cizího majetku šetřenou policií České republiky a čtyři děti po jednom v každé kategorii se dopouštěly krádeží v domácím či školním prostředí. Z rozhovorů s dětmi víme, že se jich mnohem více přiznalo ke krádežím doma, nejčastěji peněz či cigaret, ale rodiče to

jako problém neuvádějí. Někdy je to tím, že o tom neví, pro jiné rodiče to není významné a někteří z nich to zahrnují do kategorie nerespektování autorit.

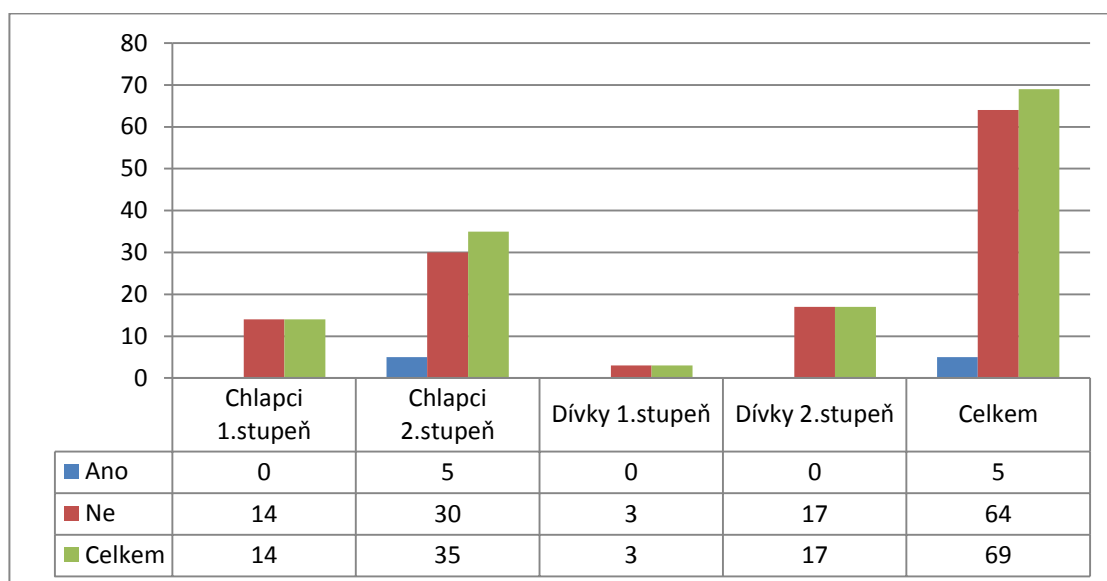
4.20 Respondenti dle důvodů umístění - záškoláctví



Graf č. 20: Respondenti dle důvodů - záškoláctví

Graf č. 20 nám znázorňuje počty dětí, u kterých je jedním z důvodů umístění na internátní pobyt záškoláctví. Z celkového počtu 69 dětí se tato problematika dotýká 20, což je 29 %. Při srovnání obou pohlaví jde o 5 dívek z celku 20, což je 25 % a 15 chlapců ze 49, což je 30 %. Kromě jednoho chlapce z prvního stupně jde jen o klienty druhého školního stupně.

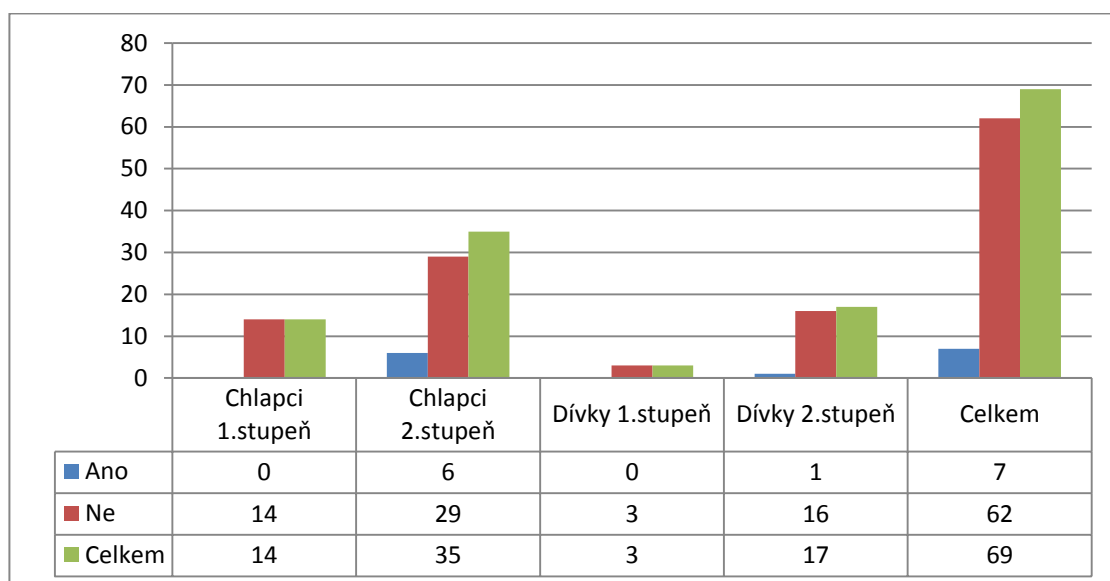
4.21 Respondenti dle důvodů umístění – trestná činnost



Graf č. 21: Respondenti dle důvodů umístění – trestná činnost

Graf č. 21 nám znázorňuje počty dětí, u kterých jedním z důvodů umístění na internátní pobyt byla problematika trestné činnosti. V tomto případě se jedná pouze o 5 chlapců z druhého stupně, což je z celkového počtu 69 dětí 7 %, a pokud se podíváme na hodnotu v příslušné kategorii druhého stupně, tak se týká 5 chlapců z 35, což je 14 %. V jednotlivých případech se jednalo o vandalismus, žhářství, krádež a drogovou problematiku.

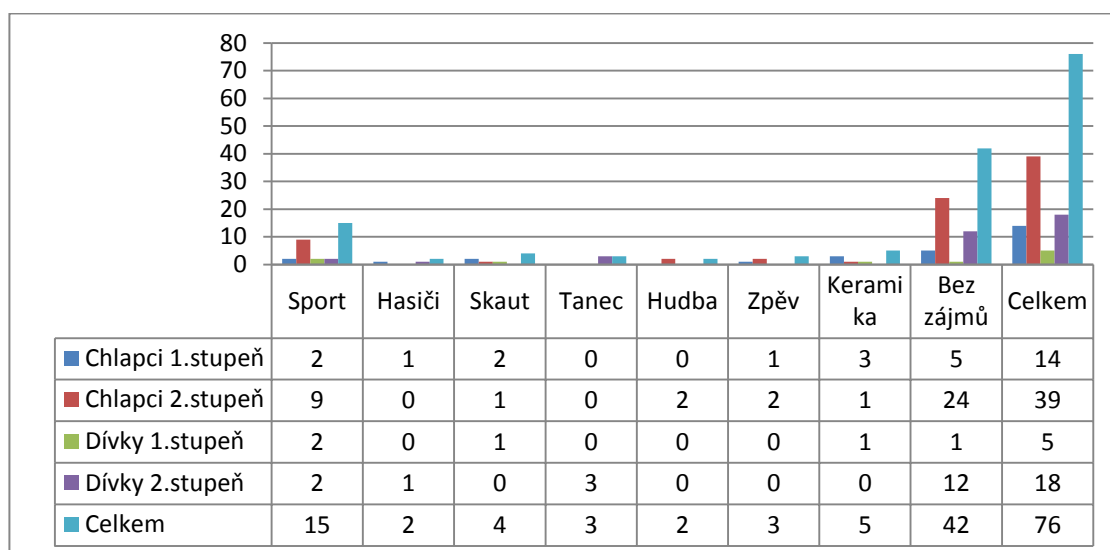
4.22 Respondenti dle důvodů umístění – drogová problematika



Graf č. 22: Respondenti dle důvodů umístění – drogová problematika

Graf č. 22 nám znázorňuje počty dětí, u kterých jedním z důvodů umístění na internátní pobyt byla problematika s drogami. Celkově šlo o 7 dětí z 69, což je 10 %. Ani v jednom případě se to netýkalo dětí na prvním školním stupni, a pokud vezmeme v úvahu jen druhý stupeň, tak šlo o 1 dívku ze 17, což je 6 % a o 6 chlapců z 35, což je 17 %. Vzhledem k tomu, kolik dětí se přiznalo k užití či užívání drog, je toto číslo nízké. Pravděpodobně to souvisí s tím, že to rodiče nevědí nebo je to samotné neohrožuje a nepovažují to za závažný důvod. U jednoho započteného chlapce šlo o užívání alkoholu, které rodiče iniciovalo k důvodům umístění.

4.23 Respondenti dle organizované zájmové činnosti

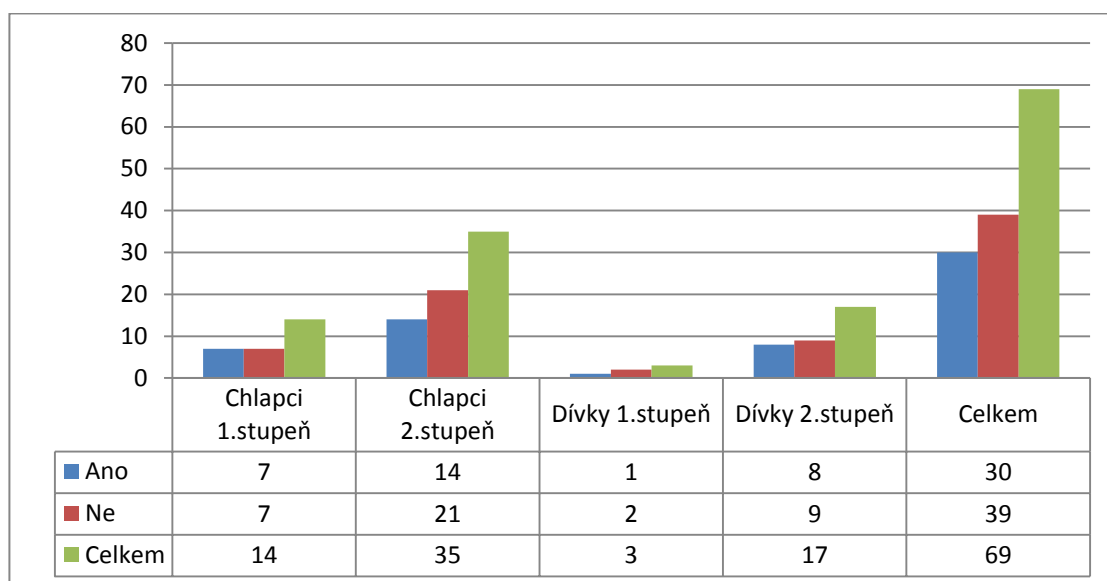


Graf č. 23: Respondenti dle organizované zájmové činnosti

Graf č. 23 nám znázorňuje počty dětí, které v době před internátním pobytem trávily volný čas organizovanou volnočasovou činností. Z celkového počtu 69 jich chodilo do organizované aktivity 27, což je 39 %. Nejčastěji je zastoupena sportovní činnost, pod kterou jsme zahrnuli všechny sportovní kroužky a kluby – fotbal, florbal, stolní tenis, atletika, volejbal a sportovní střelba. Pod hudbu jsou zahrnuti dva klienti, jeden hraje na bicí a druhý na klarinet. Bez organizované zájmové činnosti bylo z 69 klientů 42, což je 61 %.

Za zmínku ještě stojí dva chlapci z prvního stupně, kteří jako jediní ze všech dětí prvního stupně docházeli do školní družiny. Další chlapec v předchozím období také chodil, ale byl vyloučen pro hrubé porušování školního řádu. Ostatní děti sdělovaly, že nechodí, protože nechtějí nebo neúčast v družině odůvodňují špatnou finanční situací.

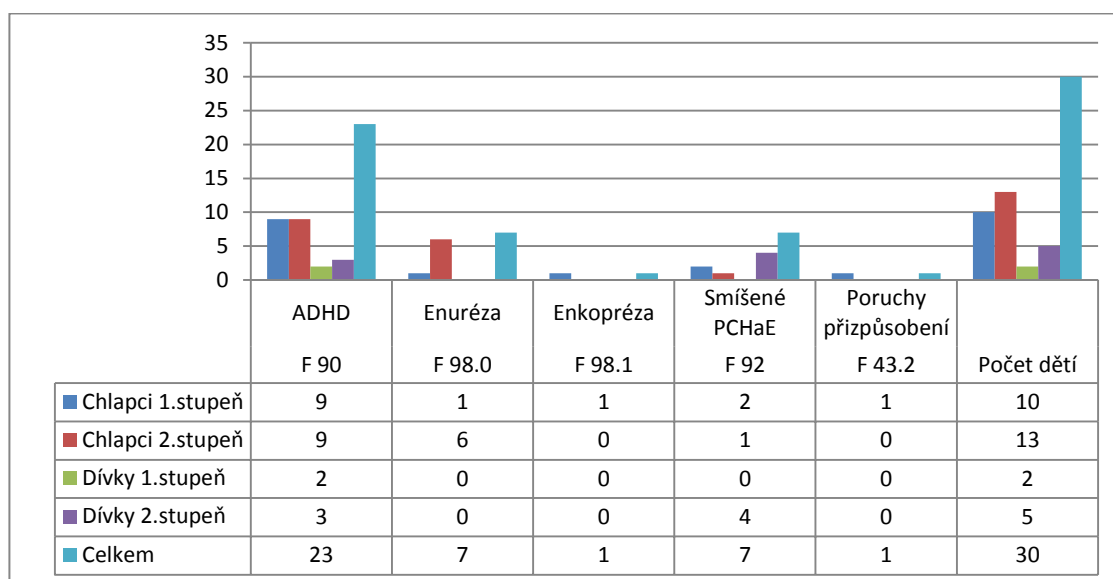
4.24 Respondenti dle trávení volného času s rodiči



Graf č. 24: Respondenti dle trávení volného času s rodiči

Graf č. 24 nám znázorňuje počty dětí, které tráví volný čas s rodiči. Z celkového počtu 69 dětí tráví volný čas s rodiči 30, což je 43 %. U dětí prvního stupně a dívek na druhém stupni je poměr ano či ne vcelku vyrovnaný. Větší rozdíl je u chlapců z druhého stupně, kteří v počtu 14 klientů chlapců z 35, což je 40 % volný čas s rodiči tráví a 60 % netráví. Aktiviny, které mají děti spojené s volným časem a s rodiči jsou vycházky, procházky se psem, sportovní aktivity jako je jízda na kole, na bruslích, sportovní hry na hřištích, výlety po památkách, návštěvy kina, bazénu a koupališť a hodně dětí jmenuje i společné nakupování a pobyt v restauračních zařízeních.

4.25 Respondenti dle poruch chování a emocí



Graf č. 25: Respondenti dle poruch chování a emocí

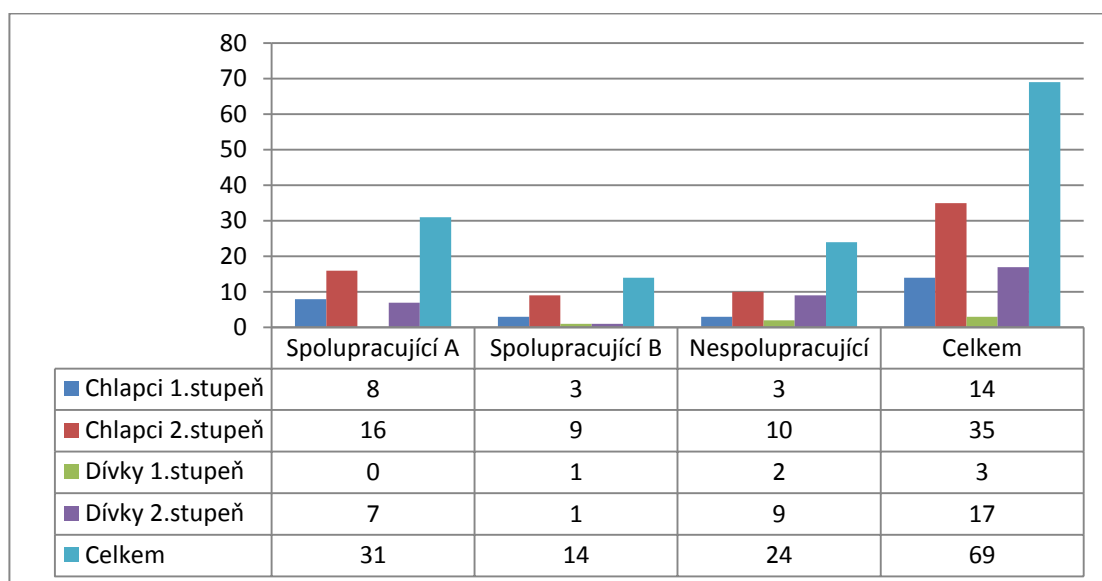
Graf č. 25 nám znázorňuje počty dětí, u kterých byly před umístěním ve středisku výchovné péče diagnostikovány poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a u jednoho klienta porucha přizpůsobení diagnóza F 43.2. Z celkového počtu 69 klientů byla alespoň jedna z uvedených poruch diagnostikována u 30 dětí, což je 43 %.

Nejpočetnější skupinou byly hyperkinetické poruchy, které se týkaly 23 dětí z celkového počtu 69 klientů, což je 33 %. Při specifikaci počtu chlapců se jednalo o 18 klientů ze 49, což je 37 %. Při konkretizaci počtu dívek se jednalo o 5 klientek z 20, což je 25 %.

Další skupinou byla F 98.1 „Neorganická enuréza“, která se týkala 7 chlapců ze 49, což je 14 %. U jednoho chlapce ze 49 byla diagnostikována F 98.2 „Neorganická enkopréza“.

Poslední významnou skupinou byly smíšené poruchy chování a emocí, které se týkaly 7 dětí z 69, což je 10 % z celkového počtu klientů, z toho 3 chlapců ze 49 klientů, což je 6% z celkového počtu chlapců a 4 dívek z 20 klientek, což je 20 % z celkového počtu dívek.

4.26 Respondenti dle spolupráce rodičů se SVP



Graf č. 26: Respondenti dle spolupráce rodičů se SVP

Graf č. 26 nám rozděluje respondenty dle spolupráce rodičů se SVP. Graf je rozdělen do třech kategorií. V prvním sloupci jsou rodiče „Spolupracující A“, jde o rodiče, kteří si uvědomují, že je jejich dítě ohroženo a mají zájem o změnu. Jejich motivovanost je patrná již od začátku, s pracovníky SVP spolupracují, docházejí na konzultace, účastní se rodičovských skupin a mohou být účastníky i rodinné terapie. V domácím prostředí iniciují změny, snaží se měnit své způsoby chování a jednání, s dítětem komunikují a hledají společné cesty. Do této kategorie patří i rodiče třech dětí s předčasně ukončeným pobytem. Celkově se jedná o rodiče 31 dětí z 69 rodin, což je 45 %.

Ve druhém sloupci jsou rodiče „Spolupracující B“, jde o rodiče, kteří přicházejí nemotivovaní ke spolupráci a změnám a zpočátku se nijak aktivně nechtějí podílet, ale během pobytu dítěte v SVP se je pomocí konzultací, rodinných skupin a aktivitou jejich dítěte podaří k činné spolupráci získat a posunují se na úroveň skupiny A. Celkově se jedná o rodiče 14 dětí z 69 rodin, což je 20 %.

Ve třetím sloupci jsou rodiče již od počátku nemotivovaní, nedocházejí na konzultace ani na rodinné skupiny a s dítětem nepracují. Ve zjednodušeném pojetí by se dalo říci, že středisko výchovné péče je pro ně institucí, které má jejich dítě napravit bez jejich přičinění. Do této kategorie patří i rodiče dvou dětí s předčasně ukončeným pobytem. Celkově se jedná o rodiče 24 dětí z 69 rodin, což je 35 %.

5 Vyhodnocení hypotéz

H1: Klienti, u kterých je důvod pro umístění na pobyt do internátního oddělení střediska výchovné péče agresivní chování, tvoří větší skupinu než klienti, u kterých se tyto agresivní poruchy neuvádějí.

Hypotéza potvrzena.

Agresivní chování bylo důvodem pro indikaci internátního pobytu pro 57 % klientů daného sledovaného období.

H2: Klienti, kteří přiznávají příležitostné, nebo pravidelné užití drog tvoří větší skupinu než klienti, kteří žádné drogy neužili.

Hypotéza potvrzena.

V celkovém součtu mělo zkušenost s drogou 37 dětí z 69 klientů, což je 54 %.

H3: Klienti, kteří nemají žádnou volnočasovou organizovanou činnost, tvoří větší skupinu než klienti, kteří organizovanou volnočasovou činnost mají.

Hypotéza potvrzena.

Bez organizované zájmové činnosti bylo z 69 klientů 42 dětí, což je 61 %.

H4: Klienti, kteří nežijí v primární rodině, tvoří větší skupinu než klienti, kteří žijí v primární rodině.

Hypotéza potvrzena.

V primární rodině nežije 50 dětí z 69 klientů, což je 72 %.

H5: Klienti, kteří aktivně tráví volný čas s rodiči je méně než klientů, kteří volný čas s rodiči aktivně netráví.

Hypotéza potvrzena.

Z celkového počtu 69 dětí tráví volný čas s rodiči 30, což je 43 %.

H6: Klienti, jejichž rodina je v průběhu internátního pobytu spolupracující, tvoří menší skupinu než klienti, jejichž rodina je v této době nespolupracující.

Hypotéza nepotvrzena.

Z celkového počtu 69 dětí bylo spolupracujících 45 rodin, což je 65 %.

6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat profil klienta střediska výchovné péče v Plzni v období jednoho roku 03/2017 – 02/2018. Formou dotazníků a osobních rozhovorů bylo mluveno s dětmi, jejich rodiči, pedagogy, etopedy, psychology, zástupci OSPOD a jinými důležitými osobami, které o ně pečují, nebo s nimi pracovali ve středisku výchovné péče. Zjištění byla očekávaná, ale některá i velmi překvapivá. Jedno z těch zjištění, které nebylo v dotaznících, ani v řízených rozhovorech, ale jen tak mimo naše otázky, byla nejistota dětí z rodin a rodičů. Vyskytlo se několik dětí, které při rozhovoru o svých rodičích mluvili o tom, že je nemají rádi a zajímají se jen o sebe a svůj blahobyt. Ano, byly to děti, které se tímto způsobem na své rodiče snažily vytvářet nátlak, aby jim vyhověli, aby měly, co chtějí a vše se točilo jen kolem nich. Ale byly to také děti, které se doma opravdu cítily odstrčené, nejisté, nepotřebné, odmítané a zneužívané. Tyto děti nechtějí být samy, ale potřebují někoho, kdo je má rád, kdo je bude podporovat, kdo se jich bude ptát, jak se měly a co dělaly, kdo je pochválí za dobrou známku, za dobře vykonanou práci, kdo si s nimi bude hrát a kdo jim bude oporou ve chvílích radosti i starosti. Z našich zjištění vyplynulo, že čtvrtina dětí byla nadměrně fyzicky trestána či týrána. Co si takové dítě odnáší dál do života, jaký je jeho vzor a jak jednou bude samo řešit konflikty? Podivujeme se nad agresivním chováním dětí, nad tím, jak jsou schopní ubližovat jeden druhému, ale i tohle jsme je jako rodiče asi museli naučit.

Z dalších zjištění také vyplynulo, že 39 % z dotazovaných dětí tráví organizovaně svůj volný čas, což je ze společenského hlediska velmi málo. Pozitivním překvapením pro nás bylo, že 43 % dětí z celku tráví společně volný čas s rodiči, číslo to sice není vysoké, ale vzhledem k problematice rodin je to dobré zjištění. Diagnostikováno hyperkinetickou poruchu mělo ze sledovaného vzorku 33 % klientů. Děti zatížené ADHD se obtížně zařazují do organizovaných aktivit a vzhledem k jejich neklidu, nesoustředěnosti, impulzivité, nízké serialitě (schopnost řadit úkony při práci účelně) a obtížné schopnosti vyjít a spolupracovat s vrstevníky, se tomu ani nelze divit.

V naší společnosti máme velmi dobře propracovaný školský systém, který je zdarma, ale chybí nám pestrá nabídka aktivit pro děti ze sociálně slabých rodin, jejichž rodiče si nemohou dovolit jim zaplatit drahé kroužky. Zároveň tyto rodiče bývají z podnětově chudšího prostředí a i jejich volný čas je tím poznamenán a nevěnují mu u svých dětí

patřičnou váhu. Děti s ADHD by potřebovaly být zařazovány do běžných aktivit jako jejich „zdraví“ vrstevníci, ale bylo by vhodné vedení těchto kroužků speciálními pedagogy a s nižším počtem klientů.

Chceme-li jako společnost vzdělávat a vychovávat osobnosti, které budou ty skutečné a nezbytné hodnoty předávat dalším generacím, jsme povinni se jim věnovat, musíme jim nabízet aktivity, musíme jim dát prostor a k volnému času je vychovávat, a to se děti samy na ulici nenaučí. A pokud nám naše děti zůstanou jen tak na ulici, budou se bezcílně toulat s partou a nudit se, tak to už je jen krůček k alkoholu, drogám, záškoláctví, násilí, krádežím, vandalství apod. Situace se v posledních letech hodně zlepšuje v oblasti různých multifunkčních sportovišť a zábavných center, ale pokud tam děti nejdou s vlastními rodiči, tak pro ty ostatní tam není nikdo, kdo by organizoval hry, fandil, dělal rozhodčího a jinak je podporoval.

Pokud se zaměříme na sociálně patologické jevy klientů, které byly důvodem k umístění do střediska výchovné péče, tak s nejvyšší mírou jsme se setkali u „nerespektování autorit“, které se týkalo 81 % dětí z celku. Na následující příčce a také velmi významné bylo agresivní chování v počtu 57 % dětí. Se záškoláctvím se potýkalo 29 % dětí a na něj navazovali útoky od rodiny, které se týkaly 19 % klientů. S drogovou problematikou se potýkalo 10 % klientů, krádeže a lhaní se vztahovaly k 9 % a na poslední příčce se objevila trestná činnost u 7 % dětí. Tato zjištění jsou významná pro cílené, intenzivnější a komplexnější zaměření programu preventivní a terapeutické péče ve střediscích.

Zvláštní a nepříjemnou kapitolou byl okruh otázek týkajících se domácího násilí páchaného na klientech. Ze sledovaného vzorku se s násilím v rodině setkalo 23 % dětí. Většinou se jednalo o určité epizody, které byly spojené s výchovným působením otce či partnerem matky. V některých případech šlo ovšem i o aktuální příliš tvrdou výchovu v rodině, která je násilná, ale nebyla indikací k odebrání dítěte z rodiny. V tomto ohledu je potřeba se více zaměřit na péči o rodinu v oblasti sociální práce, posílit depistáž rizikových rodin, zaměřit se na podpůrnou asistenci v těchto rodinách, zkvalitnit sociální a terénní práci, u které je důležitá hlavně včasnost.

Další významná zjištění byla učiněna v kapitole autoagrese a suicidního jednání klientů. Z celkového počtu se „sebepoškozovalo“ nebo pokusilo o „sebevraždu“ 23 % dětí. Tato problematika spadá hlavně do kategorie zdravotnictví. Je to oblast, která je se školstvím zatím velmi málo propojená, obě tyto instituce většinou jednají po své „ose“ a každý se této problematice věnuje svým způsobem. Domníváme se, že by bylo

dobré formou osvětové činnosti navzájem propojit obě tyto instituce a postupně hledat společné cesty, jak těmto dětem pomoci, neboť se nikdy nejedná odděleně o medicínské a výchovné hledisko.

Naše moderní společnost jde stále rychleji kupředu, to technické, co dříve stačilo našim rodičům a prarodičům je již dávno překonané, ale láska a péče, kterou je třeba věnovat našim potomkům se nemění a její potřeba je stále stejná a důležitá a stále začíná v primární skupině v rodině.

7 Seznam použitých zdrojů

BENDL, S., a kol., 2015. *Vychovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4248-9.

BENDL, S., 2004. *Neukázněný žák: cesta institucionální pomoci*. 1. vyd. Praha: ISV. ISBN 80-86642-36-4.

BLAŽKOVÁ, B., VAŇKÁTOVÁ, E., aj., 2011. *Patologické vztahy ve skupině*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-87553-23-7.

CAMERON, R., J., S., MAGINN, C., 2009. *Cesta k pozitivním výsledkům u dětí v náhradní péči*. Praha: TOGGA. ISBN 978-80-87652-61-9.

ČERNÍKOVÁ, V., a kol., 2008. *Sociální ochrana: terciární prevence, její možnosti a limity*. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o. ISBN 978-80-7380-138-0.

DAVIS, A., L., 2011. Abuse of Children with Intellectual Disabilities. In: *Child Welfare Information Gateway* [online]. 1. 11. 2011 [vid. 27. 2. 2018]. Dostupné z: <https://www.thearc.org/document.doc?id=3666>

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., et al., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-7169-192-5.

FIRSTOVÁ, J., 2014. *Kriminalita mládeže v sociálních souvislostech*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o. ISBN 978-80-7380-521-0.

FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-014-0.

FISCHER, S., ŠKODA, J., 2007. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. ISBN 978-80-7044-855-7.

HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J., 2010. *Pedagogika volného času*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-471-6.

HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J., 2008. *Pedagogické ovlivňování volného času – současné trendy*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-473-1.

HELUS, Z., 2015. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4674-6.

HELUS, Z., 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3.

HOFBAUER, B., 2004. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-927-5.

JANSKÝ, P., 2004. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-114-7.

JEDLIČKA, R., a kol., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.

JEDLIČKA, R., KOŤA, J., 1998. *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-555-8.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2697-7.

KALÁBOVÁ, H., 2011. *Etika v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-749-9.

KOLÁŘ, M., 2011. *Nová cesta k léčbě šikany*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-871-5.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2003. *Vybrané kapitoly ze sociální pedagogiky*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7044-458-4.

MALACH, J., 2007. *Teorie metodiky výchovy*. Praha: Univerzita J. A. Komenského. ISBN 978-80-86723-29-7.

MARTÍNEK, Z., 2009. *Agresivita a kriminalita školní mládeže*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2310-5.

MATĚJČEK, Z., 1992. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, O., 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1242-3.

MATOUŠEK, O., MATOUŠKOVÁ, A., 2011. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-825-8.

MATOUŠEK, O., KROFTOVÁ, A., 2003. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-771-X.

MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozš. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-86429-19-9.

MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., a kol., 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.

MICHALOVÁ, Z., 2011. *ADD/ADHD v kontextu poruch chování*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, katedra sociálních studií a speciální pedagogiky. ISBN 978-80-7372-733-8.

MICHALOVÁ, Z., 2007. *Sonda do problematiky specifických poruch chování*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: TOBIÁŠ. ISBN 80-7311-075-X.

MICHALOVÁ, Z., 2004. *Analýza dílčích aspektů specifických poruch*. Praha: Univerzita Karlova – Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-205-9.

MÜHLPACHR, P., 2001. *Vývoj ústavní péče*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. ISBN 80-210-2512-3.

NADEAU, G., K., 2016. *The ADHD Guide to Career Success-Harness your Strengths, Manage your Challenges*. 2nd Edition. New York: Routledge. ISBN 978-1-315-72333-4.

NĚMEC, J., et al., 2002. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-012-3.

NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

NÝVLTOVÁ, V., 2008. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-48-8.

PÁVKOVÁ, J., HÁJEK, B., HOFBAUER, B., HRDLIČKOVÁ, V., PAVLÍKOVÁ, A., 2002. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-711-6.

PEŠATOVÁ, I., 2007. *Sociálně patologické jevy u dětí školního věku*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-291-3.

PRŮCHA, J., WALTROVÁ, E., MAREŠ J., 2003. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.

SLOWÍK, J., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. aktual. a dop. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.

SOCHŮREK, J., 2009. *Úvod do sociální patologie*. Liberec: Technická univerzita, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická. ISBN 978-80-7372-448-1.

SPOUSTA, V., et al., 1996. *Metody a formy výchovy ve volném čase*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1275-7.

SPOUSTA, V., et. al., 1994. *Teoretické základy výchovy ve volném čase*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-1007-X.

ŠVARCOVÁ, E., ČAPEK, R., 2002. *Pro prevenci sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-425-1.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOCILKA, M., 1996. *Náplň činnosti středisek výchovné péče*. Praha: TECH-MARKET. ISBN 80-902134-5-6.

VOCILKA, M., 1997. *Netradiční forma prevence poruch chování*. Praha: TECH-MARKET. ISBN 80-902134-8-0.