

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Tereza HÁJKOVÁ

Problematika komunikace sociálního pracovníka s rodinou
postiženou sociálně patologickými jevy

Olomouc 2022

Vedoucí práce: PaedDr. Alena Jůvová, Ph.D.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně (pod vedením PaedDr. Aleny Jůvové, Ph.D.) a v práci uvedla veškeré použité prameny a literaturu.

V Olomouci dne 20. 4. 2022

.....

Tereza Hájková

OBSAH

ÚVOD	5
1 RODINA	7
1.1 Vymezení pojmu rodina.....	7
1.1.1 Rodina v současné společnosti.....	8
1.2 Význam a funkce rodiny.....	10
1.3 Poruchy fungování rodiny.....	11
2 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY	14
2.1 Sociální patologie.....	14
2.2 Sociálně patologické jevy.....	14
2.3 Sociální deviace.....	15
2.4 Sociálně patologické jevy spojené s rodinou.....	16
2.4.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN).....	17
2.4.2 Závislosti.....	18
2.5 Sociálně patologické jevy spojené se školou a vrstevnickou skupinou.....	26
2.5.1 Šikana.....	26
2.5.2 Delikvence.....	27
2.5.3 Záškoláctví.....	27
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE A KOMUNIKACE S RODINOU	28
3.1 Sociální práce.....	28
3.1.1 Sociální pracovník pracující s rodinou.....	29
3.2 Sociální komunikace.....	32
3.3 Komunikace a práce s rodinou.....	35
3.3.1 Rozhovor.....	35
3.3.2 Sanace rodiny.....	38
3.3.3 Případová konference.....	39
3.3.4 Krátkodobá intervence – Úkolově orientovaný přístup.....	40
3.4 Komunikační obtíže a bariéry.....	43
4 VÝZKUMNÝ PROJEKT	46
4.1 Stanovení výzkumných otázek.....	47
4.2 Výzkumné cíle.....	47
4.3 Druh výzkumu a metoda sběru dat.....	47
4.3.1 Předvýzkum.....	47

4.3.2 Kvalitativní výzkum.....	48
4.3.3 Kvantitativní výzkum.....	49
4.4 Výzkumný vzorek	51
4.5 Stanovené hypotézy	56
4.6 Metodika dotazníkového šetření	56
4.7 Shrnutí výsledků	58
4.7.1 Kvantitativní výzkum.....	58
4.7.2 Kvalitativní výzkum.....	61
DISKUZE	64
ZÁVĚR	65

ÚVOD

Komunikace je velmi široký a komplexní pojem. Každý z nás denně komunikuje v rámci práce, rodiny, jistého kolektivu nebo klidně jen sám se sebou, ve své vlastní hlavě. Je to součást našeho života, která má také podíl na jeho kvalitě. Umět komunikovat není to stejné, jako umět mluvit nebo se vyjádřit. Úlohou sociální komunikace je sdělování a přijímání nejrůznějších informací, to je neměnné. Co se však může změnit a měnit, je způsob, jakým danou komunikaci budeme realizovat. Vzájemná komunikace je nezbytná pro fungování vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Vztah mezi nimi, díky kvalitní a účinné komunikaci, bude založen na vzájemné spolupráci a přispěje k vyřešení problému, se kterým klient přichází. Pokud klient i sociální pracovník účinně komunikují a spolupracují, je zde předpoklad k tomu, že lze klientovi pomoci a problém vyřešit.

V rámci profese sociálního pracovníka se jedná o jednu z nejdůležitějších složek. Osobnost člověka působícího v pomáhající profesi je velmi důležitá. Sociální pracovník by měl umět vytvořit jistou atmosféru klidu a pohody, otevřenosti, upřímnosti, navodit pocit důvěry a zájmu o klienta, aby klient vycítil jeho angažovanost a zájem o naslouchání, s cílem klientovi pomoci.

Práce sociálního pracovníka, komunikace s klientem a metody, které lze použít, aby sociální pracovník mohl lépe porozumět klientům, mne velmi zajímají, proto jsem si toto téma vybrala i pro psaní diplomové práce. Práce pojednává o interpersonální komunikaci, kdy se setkávají sociální pracovník a klient tváří v tvář. Vzájemný kontakt a fyzická přítomnost klientů je v sociální práci zásadní.

Sociální pracovník má ovšem i ostatní složky komunikace, jako je telefonování, písemná komunikace aj. Nicméně nejzajímavější a nejdůležitější mi přijde komunikace přímá. Na můj konkrétní nápad, věnovat se práci s rodinami postiženými patopsychologickými jevy, mě přivedl můj zájem o zmiňované téma, a také moje dosavadní praxe ve škole a v dětském domově.

Domnívám se, že důležitou součástí práce sociálního pracovníka je, kromě dobré komunikace, i individuální přístup. Každý člověk je jedinečný, a proto by s ním tak mělo být i zacházeno.

Cílem práce je shromáždit údaje o výskytu sociálně patologických jevů v rodinách a představit nejúčinnější metody práce s takto postiženými rodinami. V rámci své diplomové práce jsem se zaměřila na Zlínský kraj, odkud pocházím. Pokusím se odhalit překážky v komunikaci sociálního pracovníka a klienta, na kterých je potřeba pracovat pro efektivnější práci s rodinami.

V teoretické části objasním pojmy rodina, sociální práce, komunikace, komunikace s rodinou a v neposlední řadě také sociálně patologické jevy, které se mohou vyskytnout v rodině. Dále jsou zde uvedeny konkrétní, nejčastěji se vyskytující, sociálně patologické jevy, které působí na dnešní děti a dospívající a mohou mít zásadní vliv na jejich budoucí vývoj.

V empirické části se zabývám problematikou a specifiky sociální práce a sociálně patologických jevů konkrétněji. Je zde vymezen výzkumný projekt, cíl práce, druh výzkumu a metoda sběru dat a výsledky šetření. Výzkum jsem pojala jako smíšený. Základem byl předvýzkum. Kvalitativní výzkum byl realizován metodou strukturovaného rozhovoru a kvantitativní výzkum pomocí metody dotazníkového šetření. Rozhovory, které mi poskytli zaměstnanci nejmenovaných sociálních poraden v Uherském Hradišti, mi přinesli cenné podněty a informace, které mi umožnili sestavit dotazník. Pomocí dotazníků, které jsem zaslala na několik sociálních poraden ve Zlíně, Uherském Hradišti, Uherském Brodě a Kroměříži, se mi podařilo nasbírat cenná data k mému výzkumu. Otázky byly směřovány na demografické informace sociálních pracovníků, na specifickou práci, komunikaci a na výskyt sociálně patologických jevů v rodinách. Výsledky dotazníků představily, jaké jsou efektivní metody sociální práce a sociálního poradenství z praxe, a které sociálně patologické jevy nejvíce pracovníci s rodinami řeší, i v oblasti recidivy sociálně patologických jevů. Závěr dotazníku patřil individuálním otevřeným odpovědím, kde každý vybraný sociální pracovník mohl sdělit svůj názor na nejčastější překážky v rámci práce s rodinou, a také na její nejdůležitější faktory, které by mohly vést ke zlepšení práce v sociálních poradnách.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této diplomové práce se zabývá vymezením základních pojmů a teoretických východisek ze sociální oblasti a oblasti komunikace s klienty zasaženými sociálně patologickými jevy. Cílem teoretické části je seznámení se s pojmy z oblasti sociální práce, nejčastěji vyskytujícími se sociálně patologickými jevy v dnešní rodině, a také možnostmi specifické sociální komunikace, která probíhá s rodinou klienta sociální poradny.

1 RODINA

Rodina je základem každého státu. Rodinu bereme jako významný socializační činitel. Je nezastupitelnou a významnou institucí, která je důležitá v budoucím životě jedince. Měla by každému jedinci poskytnout pocit nekonečné jistoty, bezpečí, podpory a zároveň potřebného zázemí, bez kterého se v dnešním světě nelze obejít. Rodinné prostředí by mělo být zdravé, a měla by v něm panovat láska a důvěra, jak mezi dětmi, tak mezi rodiči. Rodinné prostředí by mělo být také tolerantní a ne příliš autoritářské. Přílišné autoritářství dítě svazuje. Dítě k rozvoji potřebuje prostor a zájem, aby se dokázalo potřebně seberealizovat. Absence některých výchovných a emocionálních faktorů může podpořit rozvoj poruch chování. V této kapitole bych chtěla více vysvětlit pojem rodina, její funkce a i možné problémy uvnitř. Tím chci poukázat, jak velká je její důležitost v životě každého jedince.

1.1 Vymezení pojmu rodina

Psychologický slovník charakterizuje rodinu jako společenskou skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí (Hartl, Hartlová, 2010). Každý člověk si odnáší z rodiny základní vzorce a modely chování pro celý svůj život (Kraus, Hroncová a kol., 2010).

Pedagogický slovník hovoří o rodině jako o nejstarší společenské instituci, která plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu.

Dle Matouška a Pazlarové (2016) je rodina popsána jako instituce, která formuje společnost, kulturu a civilizaci. V různých společnostech má jiný význam heslo „rodina je základem společnosti“. Je bezesporu významným činitelem v oblasti socializace, ale každá kultura má různé odlišnosti, které aplikuje ve výchově.

Genetická výbava je nám dána, ale na zbytek utváření člověka má především rodina významný vliv. Dokáže nás formovat v oblasti osobního růstu a celkového rozvoje osobnosti.

Dle Vagnerové (2008), vývoj a charakteristické znaky rodičovské role jsou ovlivňovány zkušeností s modely takového chování, které rodiče zažili ve vlastním dětství. Charakter vlastního dětství potom poznamená budoucí rodičovské postoje natolik, že lze mluvit o tzv. „sociální dědičnosti“.

Dle Jandourka (2001) je rodina dlouhotrvající a solidární soužití osob, které jsou spojeny příbuzenstvím, a které zahrnuje rodiče a děti. Dalšími vlastnostmi je, mimo jiné, i společné bydlení, produkce a konzumace statků, a také příslušnost ke společné příbuzenské linii.

1.1.1 Rodina v současné společnosti

Rodina jako instituce prochází za poslední období dynamickými změnami. Každý tyto změny nevnímá, ale s odstupem několika desetiletí, jsou tyto změny ve funkcích rodin velmi patrné. Jsou to změny, které mají v sobě svá pozitiva, ale disponují i negativy, které mohou být pro některé lidi až znepokojivé.

Každá rodina má své jádro, které tvoří sezdaná či nesezdaná partnerská dvojice. Rodinu tvoří děti a rodiče. Současnou rodinu lze charakterizovat jako více vztahovou, kde funguje jistý intimní prostor.

„Rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že nejlepším možným způsobem spojuje specifické a univerzální. Bez osobního, vysoce angažovaného zaujetí rodičů na osudu dětí, by se děti vychovat nedaly. Stálá přítomnost vysoce citově angažovaných rodičů je dnes považována za nepostradatelnou podmínku zdravého duševního i tělesného vývoje dítěte. Další takovou podmínkou je bezpečí domova jako stabilního a chráněného prostředí. Obojí může dítěti poskytnout jen rodina, a to nezastupitelně“ (Matoušek, 1997, s. 9).

V dřívějších dobách, bylo úkolem rodiny především udržet všechny domácí statky a všechny osobní věci se braly jako podřadné. Důvod, proč například ve 20. století byla rodina jiná, je také ten, že bylo více věřících, a svatba a spojení dvou lidí se bralo jako nezrušitelný a doživotní závazek.

Níže se nachází tabulka, která ukazuje rysy rodiny a jejich podstatné změny v tradiční, moderní a postmoderní rodině dle Možného (2002).

Tabulka č. 1: Rysy tradiční, moderní a postmoderní rodiny (Možný, 2002)

RODINA	TRADIČNÍ	MODERNÍ	POSTMODERNÍ
Struktura	široká, vícegenerační	nukleární, manželská	variabilní individualizovaná
Základní kapitál	ekonomický	ekonomický, sociální, kulturní	sociální, kulturní
Legitimizace	sex, děti	děti	nelegitimizuje
Role	komplementární, hierarchizované	segregované, komplementární	individualizované
Funkce	univerzální	pečovatelské, statusotvorné, citové	citové
Autorita	otec	otec-matka funkčně segregované	individualizovaná, slabá
Reprezentace dikursu	náboženská, církevní	občanská	masmediální
Mezigenerační přenos	patrilinéární, autoritativní	demokratický, smíšený	slabý

1.2 Význam a funkce rodiny

Význam

Život v rodině je bezesporu na našem světě velmi uznávanou hodnotou. Každý z členů rodiny má nepsaná pravidla, jak by se v rodině měl chovat. Každý jedinec zaujímá v rodině určitou sociální roli, kterou by měl plnit. Tyto sociální role pak dítě působící v rodině přejímá a tvoří si tím své postoje, hodnoty, normy a vzorce chování, a snaží se přizpůsobit pravidlům rodiny a dobře se začlenit. Významem rodiny a jeho klíčovou rolí je tedy socializace osobnosti a jeho zespolenčenštění. (Možný, 2008)

Funkce

Mezi základní funkce rodiny bezesporu patří reprodukce a výchova potomků a také fakt, že uspokojuje základní psychické potřeby dítěte, kterými je jistota, bezpečí a láska.

Čtyři základní funkce, které by podle Buriánka (2010) rodina měla splňovat:

Biologicko-reprodukční – uspokojování sexuálních potřeb a plození potomstva je jedním z nejobvyklejších a nejpřijatelnějších důvodů pro její existenci.

Ekonomickou – rodina společně hospodaří, zajišťuje dostatek prostředků k jejímu životu, dříve byla tato funkce významnější, než v nynější společnosti.

Socializačně-výchovnou – funkce zajišťuje výchovu dětí, vzdělávání a předávání kulturních hodnot. Zdravé fungování rodiny vede k eliminaci nežádoucích činností.

Emocionální – tato funkce je jedinečná a nezastupitelná. Uspokojuje citové potřeby, zajišťuje jistotu, podporu, uznání, pocit důvěry a prožívání a sdílení společné přítomnosti a budoucnosti.

Dle Matějčka (1994) patří mezi základní funkce rodiny uspokojování základních psychických potřeb dítěte. Jedná se o potřeby:

potřebu náležitého přísunu podnětů zvenčí

potřeba smysluplného světa

potřeba životní jistoty

vlastní společenské hodnoty

potřeba otevřené budoucnosti

Podle Heluse (2007) se rodiny dělí na 5 kategorií z hlediska jejich funkčnosti. První zmiňovanou skupinou jsou **rodiny stabilizačně funkční** – rodiny, které umí zajistit svým dětem zdravé a fungující socializační podmínky. Druhou skupinou, kterou se kategorie zabývá, jsou **rodiny funkční s přechodnými, více či méně vážnými problémy** – takových se objevuje asi nejvíce. V těchto rodinách se vyskytuje problém, ovšem rodina se ho snaží aktivně řešit. Může se jednat o jisté vnější podmínky, nově vzniklé události v rodině, určitá selhání člena domácnosti, nebo o špatnou formu výchovy. Často jsou v této skupině zmíněny rodiny, kde manželé prožívají krizi, tíží je finanční situace, nejsou schopni se dohodnout na pravidlech výchovy a vzájemně si do ní zasahují. Zde je problém většinou nevelký a dá se s ním pracovat. Rodiny jsou schopny řešit nepříznivou situaci a chtějí svoje potíže vyřešit a svůj rodinný vztah upevnit.

Další kategorií dle Heluse (2007) jsou **rodiny problémové** – zde se problém vyskytuje rozsáhleji a rodina není schopna plnit plně svoji funkci. Často dochází k zanedbávání rodinných povinností a krize v rodině je v mnoha případech neřešitelná, tak dochází k rozchodu partnerů a zániku rodiny.

Vážné narušení a ohrožení dítěte mohou mít za následek **rodiny dysfunkční** – zde je narušena funkce rodiny v mnoha směrech. Často se rodiče potýkají s problémy v podobě alkoholismu, mají psychické a jiné poruchy. Důležité je, aby následoval zásah vnějších organizací. Ovšem většinou tyto rodiny nemají zájem o poradenství, pomoc, a nedbají na rady a doporučení odborníků.

Posledním typem rodin z hlediska funkčnosti, zmiňuje Helus (2007) **rodiny afunkční** – zde rodina neplní svoji funkci vůbec, a naopak dítě cíleně ohrožuje. Takto postižená rodina není schopná adekvátní nápravy, jelikož jsou sociálně patologické jevy protkány celým jejím základem. Děti z těchto rodin jsou většinou rodičům odebrány mimo ohrožující prostředí a rodiče jsou zbaveni rodičovské odpovědnosti pomocí soudu.

1.3 Poruchy fungování rodiny

Různé poruchy fungování rodin, mohou vést k výskytu rizikového chování u dětí a dospívajících a vzniku sociálně patologických jevů u člověka.

Poruchy funkce rodiny dle Dunovského (1986):

Porucha biologicko-reprodukční – jedná se o poruchu, kdy některým rodičům se sice dítě může narodit, ale pokud má jisté potíže, je zde problém, že rodiče nemohou funkci rodiče zastávat. Děti postižené, které mají významné zdravotní problémy, přináší do rodiny vážné potíže. Rodiče neumí situaci zvládnout a fungování rodiny je ohroženo. Dnešním významným problémem je i rození dětí rodičkám do špatných sociálních podmínek.

Porucha ekonomicko-zabezpečovací – tato porucha funkce rodiny závisí na tom, zda jsou rodiče ochotni zapojit se do pracovního procesu, a tím zajistit rodině možnost dostatek financí na zabezpečení rodiny. Ekonomické zabezpečení rodiny je základním kritériem pro její fungování. Mnoha rodinám se však nepodaří pokrýt náklady rodiny. Příčin může být hned několik. Většinou se tak děje tam, kde rodiče mají určité patologické rysy, jako je alkoholismus, určité psychické a duševní poruchy, gamblerství, delikvence apod. Pokud není splněna v rodině funkce ekonomicky zabezpečovací, je zde riziko ohrožení sociální jistoty rodiny a její trvalosti. Sociální jistota úzce souvisí s emocionální funkcí rodiny. Pokud je nedostatečná ekonomická stránka rodiny, je zde riziko, že dítě bude kulturně deprivováno.

Porucha emocionální – tato porucha je primárním zdrojem všech poruch, které se v rodině mohou vyskytnout. Pocit bezpečí, jistoty a citového zázemí je v rodině nejdůležitější, a jeho ztráta zasahuje do všech sfér fungování rodiny. Zde je potřeba vyhledat odbornou pomoc z řad psychologů a psychiatrů, kteří dokážou spolupracovat a hlouběji prozkoumat ztrátu této funkce rodiny.

Charakter a typologii zatížených rodin popisuje Helus (2007) takto:

Nezralá rodina – jedná se o rodinu, která mohla být založena náhodně a rodiče, kteří jsou stále ještě dětmi, nejsou schopni funkce v rodině obstarat. Mladí lidé jsou zaskočeni rodičovstvím, především nově nabytou odpovědností, kterou nyní musí unést. Problém nastává, když si uvědomí, že už se nelze starat pouze o sebe, jak byli zvyklí. Postoj se většinou postupem času stabilizuje, ale jsou zde i rodiče, kteří to nejsou schopni unést, a z rodiny odcházejí. Mladí rodiče jsou jednoduše nezralí, a z toho mohou vzejít i problémy v sociální a ekonomické oblasti.

Přetížená rodina – tím, že je v této formě rodiny jeden z členů přetížen, buď matka, nebo otec, dochází k psychickému přetížení funkčnosti dané rodiny. Děti v této rodině mají mnohdy výchovné i výukové problémy a citově strádají. Většinou se zde objevují konflikty mezi dospělými vzájemně, nebo i mezi dospělými a dětmi. Taková atmosféra domácnosti dokáže podpořit rodinné neshody a prohloubit krize, a zavinit i rozpad rodiny.

Ambiciózní rodina – pokud je rodina příliš ambiciózní a klade důraz na nadměrné uplatnění v práci a škole, nevytváří také příliš zdravé prostředí pro své potomky. Není vhodné, aby vlastní nadměrná seberealizace probíhala na úkor dětí. Rodiče také mohou svou ambicióznost zacílit přímo na děti. Nadměrné požadavky, které jsou ale na děti kladeny, působí spíše kontraproduktivně a dítě se začne uzavírat nikoli rozvíjet, pokud není schopno dané požadavky rodičů plnit.

Perfekcionalistická rodina – v této rodině převládá riziko, že dítě může být citově velmi narušeno. Rodiče, kteří kladou na dítě nesplnitelné nároky a jeho selhání považují za katastrofu, mohou dítěti způsobit vážné problémy v emocionální oblasti, které mohou přetrvávat až do dospělého věku. Dítě, které je pod neustálým tlakem, aby uspokojilo rodiče, se stane vyčerpaným jedincem, který myslí jen na to, že musí být stále nejlepší, což nelze splnit.

Autoritářská rodina – výchova takového směru, kde figurují jen příkazy a zákazy, není dobrým příkladem zdravého fungování v rodině. Takto vychovávané děti mají často k rodičům averzi, nejsou schopni pochopit toto slepé poslouchání příkazů autority, a často se proti němu mohou vymezit. Za jakékoliv vymezení od výchovy zde povětšinou následuje trest. Dítě, které se nemůže v rodině jakkoliv prosadit, může také zachvátit apatie a frustrace.

Rodina rozmazlující – děti, které jsou vychovávány tak, že je jim vždy ve všem vyhověno, nejsou schopny respektovat názory jiných lidí, nést odpovědnost za své činy, vynakládat snahu, a často ani navazovat přátelské vazby. Tato rodina se sice pro dítě snaží udělat maximum, výsledek ale často bývá kontraproduktivní. Rodiče nepomáhají k zdravému rozvoji osobnosti, a tím mu kladou překážky do dospělého věku.

Rodina liberální a improvizující – dítě, které vyrůstá v rodině tohoto typu má mnoho volnosti a chybí mu řád, výchovné prvky, rutina běžného dne, kdy musíme něco splnit. V některých případech mají tyto děti sklon k rizikovému chování z přemíry

volného času. Děti si neváží dospělých a zneužívají tento výchovný styl, který nemá pevný řád.

Rodina odkládající – pokud rodina funguje zdravě, je zde jistý kontakt s příbuznými či hlídacími tetičkami, kdy děti potřebujeme na chvíli odložit, normální. Cílené odkládání dětí však může způsobit citové deprivace dítěte. Pokud dítě vyrůstá kvůli ambiciózním rodičům a jejich přetíženosti spíše v hlídacím prostředí, než doma, je zde vyšší riziko deprivací. Citové strádání může velmi poškodit dětskou psychiku.

Disociovaná rodina – v této rodině jsou narušeny vnitřní nebo vnější vztahy. Vnitřními vztahy máme na mysli vztahy rodiny a jejích členů uvnitř. Vnější vztahy představují například izolovanost od prarodičů, školy aj.

2 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

2.1 Sociální patologie

Dle Hartla a Hartlové (2010, s. 401) se sociální patologie „zabývá průběhem a podmínkami abnormálních sociálních procesů, jako je zločinnost, alkoholismus, pracovní úrazy, dopravní nehodovost, sociálně podmíněné psychické poruchy, pracovní úrazy a nemoci, chudoba, nezaměstnanost apod.“

Patologie se odvíjí z řeckého slova pathos, které znamená choroba nebo utrpení, a označují se tak nežádoucí a nezdravé společenské jevy. Dříve byla sociální patologie součástí odvětví sociologie. Studium, popisem a rozбором nežádoucích, nezdravých a abnormálních jevů ve společnosti, se zabývá několik vědních disciplín, jako je psychologie, sociologie, speciální pedagogika, etopedie, lékařství a jiné. Tyto disciplíny se snaží objasnit možné příčiny vzniku a specifikovat faktory, které vedly k rozvinutí sociálně patologických jevů.

2.2 Sociálně patologické jevy

Společenských jevů, které jsou nezdravé a nežádoucí, je celá řada. Za sociálně patologické chování jedince, obecně považujeme chování, které je nenormální, nebezpečné a okolí jej vnímá nezdravě. Zmínit můžeme porušování obecně ustanovených pravidel společnosti, norem, zákonů, vlastní poškozování osobnosti, jako je alkoholismus, užívání návykových látek, poruchy příjmu potravy a jiné závislosti.

Dále se jedná o chování, které může poškodit společnost, jako je například šikana nebo rasismus, a v neposlední řadě i chování, které může poškodit cizí statky a okolní prostředí – vandalismus. V poslední době přibývá nárůstu sociálně patologických jevů a společnost ustupuje ze své ignorace. Je prokázáno, že v České republice má člověk pod 18 let lehký přístup k alkoholu, cigaretám a dokonce i drogám. Alkohol a cigarety naše společnost ovšem toleruje z mého pohledu v přemíře, jak u dospělých jedinců, tak i u mladistvých.

Co mě těší je však fakt, že čím cítí společnost větší riziko a nebezpečí, začíná se o problém nárůstu těchto jevů zajímat, aby se nemohlo stát, že se příležitostné rizikové chování jedince stane časem patologické.

V současné době je pojem sociálně patologické jevy nahrazován termínem sociální deviace. Pojem sociální deviace se ale od pojmu sociálně patologických jevů liší tím, že deviantní chování nemusí být vždy patologické (Fischer a Škoda, 2014).

2.3 Sociální deviace

Sociální deviace je pojmem, který v sobě má subjekt deviace, což může být kdokoliv, kdo se deviantně chová nebo vyzařuje rysy deviantního chování. Objektem deviace pak bývá člověk, kterého se deviantní chování dotýká a je jím postižen, a je na něj namířeno toto deviantní chování. Objektem nemusí být jen člověk, ale deviantní chování může směřovat také ke hmotným statkům, hodnotám, skupinám, subkulturám aj. Obsah deviantního chování může uspokojit nějakou potřebu devianta. Tuto potřebu, uspokojí deviant rychleji chováním proti normám, než chováním v normách společnosti. (Hrčka, 2001)

„Deviace je obecně definována jako kterákoliv odchylka od struktury či funkce. Může se vyskytovat u jakéhokoliv jevu v přírodě či ve společnosti. Na rozdíl od sociální patologie je pojem deviace hodnotově a emocionálně neutrální“ (Hrčka, 2001, s. 11). V praxi se setkáváme především s deviacemi v negativním slova smyslu.

Řešení sociálně patologických jevů by mělo být účinné. Aby účinné bylo, je důležité znát příčiny a zdroje vzniku.

Vznik deviace v sobě nese navzájem se ovlivňující příčiny.

Příčiny vzniku mohou být **biologické**, mezi které řadíme endokrinní (nadbytek nebo nedostatek některých hormonů apod.) a genetické (vrozené defekty, chromozomální abnormality) faktory.

Dále sem patří fyziologické poruchy a vývojové vady, které vznikají v prenatalním vývoji (poškození plodu, genetické vady), ale také perinatálně (komplikace při porodu) a postnatálně (různá poranění a onemocnění např. onkologického charakteru). Zmíněné faktory mohou vést k deviantnímu chování, ale často se nevyskytují samostatně, jako příčina vzniku. Významným faktorem, který rozhoduje, zda se sociální deviace projeví, je především sociální vliv.

Příčina může být také **psychologického** charakteru, kam řadíme poruchy socializace v dětství jedince (nedostatek jistoty, bezpečí a lásky, poruchy vztahu s rodiči aj.), dále poruchy v komunikaci s rodiči, citovou deprivaci a subdeprivaci. Na vzniku nežádoucího chování a deviace se podílí i kulturní, situační a sociální faktory. (Hrčka, 2001)

2.4 Sociálně patologické jevy spojené s rodinou

Místem k uspokojování fyzických i psychických potřeb je rodina. Rodinné uskupení uspokojuje taktéž potřeby sociální. Je nám zdrojem informací, získáváme díky němu zkušenosti a dovednosti, a přebíráme z něj vzorce chování. Rodina může být ale také místem, kde na nás působí jistá zátěž. V této kapitole se budu věnovat především sociálně patologickým jevům, které se vyskytují v rodinách, a rodina je zdrojem vzniku těchto jevů. Tyto jevy mohou narušit psychosociální vývoj všech členů rodiny, obzvláště dětí.

Problémy, které se v rodině vyskytují, souhrnně popsali Fischer a Škoda (2014), jako poruchy rodičovské role:

Dysfunkce a afunkce rodiny – problémy těchto rodin tkví v tom, že nedokážou zajistit fungování rodiny a zdravý vývoj dětí.

Anomální rodiče – jedná se o rodiče, kteří se nechtějí, nebo nemohou, starat o své děti.

Neúplnost rodiny a náhradní rodinná péče a problematika syndromu CAN.

Na hodnocení funkčnosti rodiny vytvořil Dunovský (1986) dotazník. Dotazník se zaměřuje na složení a stabilitu rodiny, osobnost rodičů a členů rodiny, zájem a péči o dítě a sociální a ekonomickou situaci rodiny.

2.4.1 Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (CAN)

V praxi sociálního pracovníka se můžeme setkat s dětmi, které vyrůstají v rodinném prostředí, které je strádající, škodí dětem a může mít až toxický charakter. Pokud je dítě jakkoliv ohroženo a nejsou zcela plněny sociální funkce rodiny a zajišťovány psychické a fyzické potřeby dítěte, může být vážně ohrožen jeho psychosociální vývoj.

Syndrom CAN definuje Vágnerová (2008, s. 593) „jako poškození tělesného, duševního i společenského stavu a vývoje dítěte, které vznikne v důsledku jakéhokoliv nenáhodného jednání rodičů nebo jiné dospělé osoby, jež je v dané společnosti hodnoceno jako nepřijatelné. Jedná se o soubor negativních důsledků špatného zacházení s dítětem. Tyto příznaky mohou vzniknout následkem aktivního ubližování nebo nedostatečné péče, kdy dítě trpí zanedbáváním jeho důležitých životních potřeb. Jde o poškození vzniklé týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte. Různé způsoby ubližování mohou vést k rozdílným důsledkům, a proto odlišujeme problémy vzniklé deprivací (tj. nedostatečným uspokojováním různých potřeb), týráním a zneužíváním. Dítě nejčastěji poškozují jeho rodiče, případně další členové rodiny. Jednají k dítěti necitlivě a bezohledně a podřizují ho nebo využívají k uspokojení vlastních potřeb. Toto chování lze chápat jako zneužití fyzické síly, či psychické nadřazenosti a moci dospělého nad komplementárně podřízeným a závislým dítětem.“

V České republice se problémy „bitého“ dítěte (battered child syndrome – později CAN) začali zabývat odborníci až v 70. letech. Evidence případů CAN byla v ČR zavedena až v roce 1990 a v roce 1991 vstoupila v platnost Úmluva o právech dítěte zákon č.104/1991 Sb. V dalších letech se začaly objevovat organizace na podporu ohrožených dětí, krizová centra a také linky důvěry.

Fischer a Škoda (2014) popisují Syndrom CAN tak, že zahrnuje násilí fyzické, psychické a sexuální týrání, dále pak představuje různé druhy zanedbávání dětí, které budou níže specifikovány.

Fyzické týrání – představuje jakékoliv bití, kopání, údery pěstmi, tahání za vlasy a jiné části těla, také svazování, třesení, topení ve vodě, pálení těla a jiné formy agrese, kdy narušíme fyzickou pohodu člověka. Za fyzické týrání bereme i znemožnění základních fyziologických potřeb (spánek, jídlo, odpočinek, teplo). Všechny formy týrání mohou mít za následek trvalé poškození jedince a následkem může být až smrt.

Psychické týrání – je chování, které negativně ovlivňuje dítě v jeho emoční oblasti. Psychické týrání provází nadávky, výhrůžky, vyvolávání strachu u dítěte, cílené ponižování, plnění úkolů, které jsou nesplnitelné s cílem zesměšnit a šikanovat. Psychické týrání je mnohdy ještě horší formou týrání, než týrání fyzické a může mít vážnější dopady na budoucí vývoj a život dítěte.

Sexuální týrání – ve většině případů z praxe se jedná o týrání z řad osob, které dítě velmi dobře zná (rodič, prarodič, učitel aj.). Tato forma týrání má vždy negativní dopady na psychiku dítěte. Dítě je vystaveno různým situacím, které mají sexuální podtext, nebo je k sexu přímo nuceno. Ne vždy se ale musí jednat o fyzický kontakt a dítě může být zneužíváno i různými jinými způsoby (pouštění pornografie, masturbace, odhalování před dítětem aj.).

Uvádí se, že syndromem CAN je v České republice postiženo asi 1 – 2 % dětí. Největší skupinou týraných dětí jsou děti do šesti let. Společnost k tomuto problému dle mého názoru zaujímá postoj spíše pasivní a nechce ho vidět.

Jako pedagogický pracovník si myslím, že jakékoliv aktivní ubližování a nedostatečná péče je něco, před čím nemůžeme být lhostejní. Není normální, že dospělý člověk využívá své nadřazenosti nad dítětem a fyzické síly v jakémkoliv kontextu. Pokud se setkáváme s takovými případy, je důležité zasáhnout a snažit se pomocí vhodné intervence nalézt zdroje tohoto chování, spolupracovat s rodiči a poradenským zařízením a snažit se o co nejlepší nápravu ve prospěch dítěte.

2.4.2 Závislosti

Dle Jandourka (2001, s. 278) závislost definujeme jako „vzájemný vztah, kdy jeden objekt nebo jev nemůže plně či trvale existovat bez jiného objektu nebo bez podmínek, které jsou tímto objektem vytvářeny.“

Se závislostí se lidé potýkají odjakživa, a také odjakživa se ji každá společnost snaží dostat pod kontrolu. Kontrolovat své chování, pokud závislostí trpíme, je však

velmi náročné a mnohdy toho člověk není schopen, bez cizí pomoci. Vznik závislosti je dán biologickými, psychologickými a sociálními vlivy. Závislost je patologická a ničí osobnost člověka. V dřívějších dobách se hovořilo většinou o závislostech látkových, jako je alkohol a drogy. V současné době však do popředí pronikají závislosti nelátkové, jako je workoholismus, závislost na mobilních telefonech, počítačích, televizi aj. Projevem závislosti je především neschopnost kontrolovat své jednání, současně jej provází ztráta běžných sociálních vazeb, například s rodinou a přáteli. Nelátkové závislosti jsou velkým tématem a dle sociálních pracovníků, s kterými jsem v rámci této práce měla možnost hovořit, i strmě narůstajícím fenoménem, který sociální poradenství dnes a denně řeší. Neschopnost lidí zastavit nebo snížit užívání technologických vymožeností je velkým problémem dnešní doby. Jak už jsem zmínila, závislosti tedy rozdělujeme na látkové a nelátkové. Několika nejvíce vyskytujícím se závislostem se budu níže věnovat (Mühlpachr, 2009).

Látkové závislosti

Dle Hartla a Hartlové (2010, s. 699) je „látková závislost patologický vztah mezi organismem a látkou, vznikající opakovaným užitím této látky, která posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až k nutkáním opakovaně látku užívat.

Látkové závislosti mají ze začátku podobný charakter. Člověk chce danou látku pouze vyzkoušet, užití je rekreační – na různých akcích nebo ji užívají lidé nárazově jen jako zklidnění svých psychických nebo fyzických potíží.

Dlouhodobé užívání nejrůznějších látek působí na naši psychickou a fyzickou stránku, a jako negativní dopad s sebou nese velká rizika v podobě ztráty rodiny, přátel, zaměstnání, bezdomovectví a v nejhorším případě i smrt.

Pokud se u člověka objeví tři z následujících níže popsanych charakteristik, jedná se dle Fischera a Škody (2014) o závislost.

- Silná touha užít látku.
- Problematické sebeovládání a sebekontrola v souvislosti se zneužíváním látky.
- Výskyt příznaků spojených s odvykáním nebo při omezení přísunu látky.
- Zjištění nutnosti zvyšujícího se množství látky.
- Postupné zanedbávání ostatních činností a zájmů ve prospěch látky.

- Přetrvávající užívání látky i přes prokazatelnost škodlivosti a následky v oblasti sociální, psychické a zdravotní.

Alkohol

Konzumace alkoholu je v naší společnosti nejrozšířenější a jedná se o nejčastěji užívanou látku. V naší společnosti je alkohol v průměre tolerován, a proto je tato látka nejsnadněji dostupná nejen dospělým. Alkohol má účinky nejen fyziologické, ale také psychologické. Kromě toho, že uvolňuje napětí, snižuje stres, dodává odvahu a zvyšuje sebejistotu (v lepším případě), má také své stinné stránky.

Negativními důsledky konzumace alkoholu jsou bolesti hlavy, nevolnost, zvracení a zároveň se zvyšuje riziko poranění z důvodu tlumení určitých smyslů. Dlouhodobá konzumace alkoholu způsobuje změny na mozku. Mozková tkáň je menší a postupně může docházet až k omezení určitých funkcí mozku. Závislost na alkoholu se rozvíjí postupně a má plíživý charakter. Ženy mají menší toleranci k alkoholu, proto se jejich závislost rozvíjí rychleji. (Nešpor, 2011)

Stadia vývoje závislosti na alkoholu dle E. M. Jellineka:

Počáteční stadium – Člověk si uvědomuje, že pije více než ostatní, zvyšují se dávky alkoholu. Člověk má potřebu pít častěji, než dříve.

Varovné stadium (prodromální) – Tolerance k alkoholu velmi stoupá, člověk se snaží pít tajně, neustále myslí na alkohol. Z toho plynou pocity viny. Jedinec nerad hovoří o alkoholu, stydí se za své pití a začínají se u něj objevovat „okna“.

Rozhodné stadium (krucální) – Zde se objevuje ztráta kontroly, „okna“ se objevují po každé konzumaci alkoholu, potřebuje alkohol denně, vznikají konflikty doma i na pracovišti, dochází k výkyvům nálad, ignoraci svých zájmů. Alkohol člověka již zcela ovládá.

Konečné stadium (terminální) – Člověk už nemá toleranci na alkohol, rychle se opije. Objevují se fyzické i psychické problémy díky nepřetržité konzumaci alkoholu.

Alkoholismus v rodině ničí její základní funkce a jeho nadměrná konzumace může mít negativní vliv na rodinu a zapříčinit její rozpad. Dítě se díky alkoholismu

rodičů může stát zanedbávaným. Dítě v takové rodině zpravidla trpí a může si nést psychické následky celý svůj život.

Drogy

Tato forma závislosti vzniká rychleji než u alkoholu a zpravidla má devastující následky. Fischer a Škoda (2014) popsali **čtyři fáze závislosti**:

První experimentální fáze – užívání je nárazové a člověk chce prožít příjemné okamžiky v podobě otupění, kdy se lépe zvládají starosti a potíže.

Druhá fáze příležitostného užívání – člověk ví o neprávosti užívání drogy, proto její konzumaci zpravidla tají, pomáhá mu přežít všední život a aktivuje v něm příjemné prožitky.

Třetí fáze příležitostného užívání – jedinec užívající drogu už nemyslí na nic jiného jen na to, kdy drogu užije. Užívání je stále častější, jedince ohrožuje nezaměstnanost a možná ztráta rodiny.

Čtvrtá fáze užívání představuje návyk a závislost – dochází ke zdravotním i psychickým problémům jedince. Sociální vazby udržuje jen se stejně závislými.

Ignorace zájmů, rodiny, běžného života. Droga plně ovládá jeho tělo i mysl.

Nelátkové závislosti

Tyto závislosti jsou nechemické, nedrogové, ale jsou behaviorální. Člověk je při nelátkové závislosti závislý na určité činnosti. Tato činnost vede u člověka k příjemnému prožitku, proto ji člověk opakuje. Může se jednat o činnosti, které jsou považovány za normální, pokud jsou provozovány v určité míře. Člověk se může stát závislým na čemkoliv, pokud mu činnost přináší uspokojivé pocity a pokud chce touto činností zahnat pocity nepříjemné a potlačit je. V současné době pozorujeme nové závislosti jako je workoholismus, závislost na internetu, závislost na jídle, závislost na automatech aj. Tyto činnosti nám zprostředkují únik od běžných starostí.

Příznaky mají tyto závislosti podobné, jako závislosti látkové. Nejčastěji se u jedinců, kteří nemohou vykonávat činnost, která je uspokojuje, objevuje podrážděnost, výbuchy hněvu, agresivita, kolísání nálad, nesoustředěnost, a také poruchy spánku.

Stále častěji se tyto závislosti objevují i u dětí, proto bychom tomu měli věnovat větší pozornost, jako rodiče i jako pedagogové. Děti se stávají závislými rychleji, než

dospělí, proto by děti neměly být vystaveny jakýmkoliv podnětům, které k závislosti vedou. Rodič je pro dítě vzor, který dítě napodobuje, proto by zejména rodiče měli jít dítěti příkladem. Samozřejmě se může stát, že i dítě, které má rodinné zázemí v pořádku, a rodiče dbají na jeho zdravý vývoj, může sklouznout k jisté formě závislostního chování. Důležité je problém odhalit včas a sjednat nápravu, popřípadě vyhledat i speciální poradenství. (Nešpor, 2011)

Benkovič (2007) popisuje novodobé nelátkové závislosti. **Projevy závislostního chování** dle Benkoviče (2007) :

- Hluboká touha po příjemných pocitech, které vyvolává určitá činnost, mysl soustředěná jednostranně na danou činnost. Jednat se může o nakupování, počítačové hry, mobilní telefon, sociální sítě, patologické hráčství (gamblerství).

- Nekontrolovatelnost činnosti, zvyšující se čas strávený danou činností.

- Potlačení jiných zájmů na úkor dané činnosti.

- I přes negativní dopad na rodinu, přátele a běžný život pokračování v činnosti. Člověk zná dopady, přesto se činnosti dále věnuje. Problémy, které mohou nastat, mohou být sociální, společenské, ekonomické, psychické, a často také zdravotní.

Nejčastěji se objevující nelátkové závislosti

Patologické hráčství (gamblerství)

Patologické hráčství charakterizuje MKN-10 jako návykovou impulsivní poruchu. Jedná se o behaviorální závislost, která může mít pro člověka devastační důsledky.

Jedna z nejnebezpečnějších závislostí. Dokáže poškodit všechny sféry života člověka. Gambling může způsobit zadlužení celé rodiny, následně její ekonomický, společenský a sociální rozklad. V horších případech může gambler sklouznout i ke krádežím a kriminalitě.

Závislost na práci (workoholismus)

Další novodobou závislostí, s kterou se v současnosti setkáváme, je závislost na práci. Pracovitost je u všech lidí pozitivní vlastností, ale nesmí se stát jediným smyslem bytí člověka. Často se jedinci stávají závislými na penězích a úspěchu, které jim práce

přináší, a vidí v ní svou jedinou úspěšnou realizaci. Pokud se práce ale stane jedinou náplní v životě, může člověka ohrozit, jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Fáze vzniku workoholismu (Fischer a Škoda, 2014):

První fáze – jedinec má v hlavě jen práci, neustále na ni myslí, nechce si vybírat dovolenou, dělá často přesčasy.

Druhá fáze – ztrácí zájem o mimopracovní život, práce ho pohlcuje natolik, že jí chce věnovat maximum času, nemá osobní a společenský život.

Třetí fáze – zde se projevují fyzické a psychické problémy v plné míře, člověk má poruchy spánku, bolesti hlavy, žaludeční vředy a může dojít k celkovému vyčerpání a rozvinutí dalších zdravotních poruch.

„Při chronickém vyčerpání workoholika dochází k jeho fyzickému i emočnímu vyhasínání, což workoholik maskuje bezúčelnou hyperaktivitou nebo neklidem. Vedle tělesných projevů se mohou projevit i psychické problémy, jako chronická únava, poruchy spánku, pokles libida, symptomy deprese, sklony k izolaci, objevují se i poruchy paměťových funkcí jako zapomínání, poruchy koncentrace, poruchy pozornosti a další“ (Fischer a Škoda, 2014).

Závislost na nakupování (oniomanie)

Dalším fenoménem dnešní doby, který se čím dál častěji objevuje, je závislost na nakupování. Ve velké míře se jedná o nakupování formou on-line po internetu. V současné době, kdy téměř každá rodina vlastní počítač a většina lidí má mobilní telefon se nelze tomuto faktu divit. Pro tuto závislost je typická chorobná, neovladatelná potřeba nakupovat i věci, které nejsou potřebné. Nejvíce tímto typem závislosti trpí ženy. Tento typ závislosti, je nejvíce rozšířen ve Spojených státech amerických, kde se hovoří o několika procentech populace, které jsou touto závislostí postiženy.

Tato závislost v jedinci vyvolá jistý pocit euforie a vzrušení z pořizování nových věcí.

Později dochází k výčitkám a zhodnocení, že tyto věci nebyla potřeba zakoupit. Nakupování může být lékem na stres, smutek, zahánění samoty a nudy. Podobně jako u gamblingu se pak u člověka mohou vyskytnout existenční problémy, protože není schopen závislost korigovat, a veškeré své finanční prostředky vynakládá na její uspokojení (Benkovič, 2007).

Závislost na mobilních telefonech

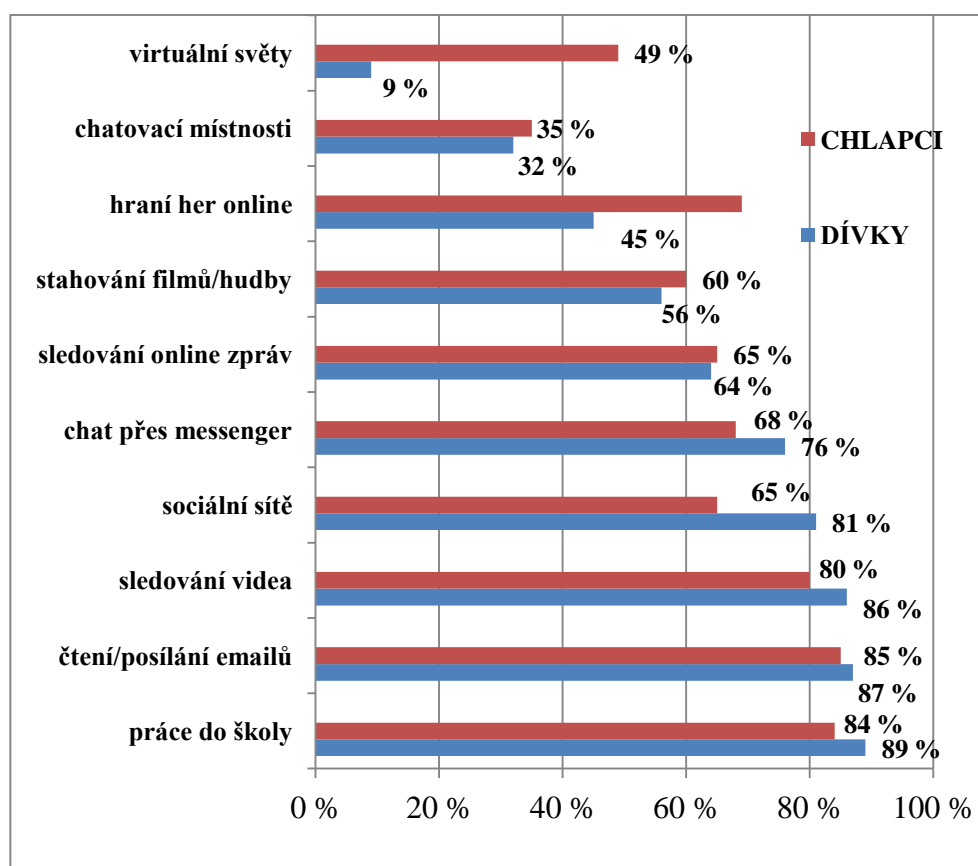
Závislost na mobilních telefonech je také novodobým fenoménem v oblasti závislostí. S nárůstem počtu mobilních telefonů, zejména smartphonů, u nás i ve světě, roste i počet závislých dospělých a dětí na tomto přístroji. Člověk, který vykazuje známky závislosti na telefonu, není schopen bez něj absolutně fungovat a pokud jej nemá v dosahu, pociťuje abstinenční příznaky, kterými může být nervozita, náladovost, podrážděnost, agresivita aj. Spouštěče závislosti mohou být různé. Zpravidla se jedná o nenaplnění volného času, nuda, samotu, aj. Mobilní telefon nám dodává zábavu a při jeho používání pociťujeme uklidňující a pozitivní pocity. Dalším důvodem a motivem pro vznik závislosti, zejména u mladých lidí, je nutková potřeba stále navazovat nové kontakty, být s někým spojen alespoň on-line. Rodiče většinou pořízují mobilní telefony dětem již v útlém věku, a omlouvají to tím, že chtějí, aby byly děti pod kontrolou, a mohly s nimi kdykoliv komunikovat. Já se domnívám, že děti na základní škole, telefon nepotřebují. Je zbytečným rušitelem dítěte, a myšlenky na něj pouze odvádí dětem pozornost. Bohužel se děje i to, že děti si díky značce a typu mobilního telefonu často budují své postavení u vrstevníků, což je bezesporu nezdravé (Fischer a Škoda, 2014).

Závislost na internetu

Všechny technické vymoženosti dnešní doby, kterými lidstvo disponuje, nám usnadňují život, ale mají také své stinné stránky. Internet a jeho velký rozmach v 90. letech nám způsobil obrovské usnadnění života. Troufám si říct, že většina lidí na planetě si bez něj svůj den už ani nedokáže představit. Je nám dobrým sluhou, ovšem zlým pánem, jak se v dnešní době ukazuje. Generace našich dětí se již do této doby narodila a obklopuje je internet od mala. Tablety, počítače, smartphony, herní konzole, notebooky, to už není dnes nic vzácného a setká se s nimi téměř každé dítě. Digitálním světem jsme sice obklopeni, ale tak jako se vším bychom měli zacházet i s těmito věcmi v rámci mezí. Dříve jsme se připojovali především přes stolní počítače. Dnes máme možnost připojení kdekoliv. Vzhledem k tomu, že internet je všudypřítomný, je lehké podlehnout jeho závislosti. Děti a mládež se stávají rychleji závislými než dospělí, a proto je potřeba sledovat jejich pobyt na těchto zařízeních a v případě potřeby zajistit účinnou a včasnou intervenci. Při používání internetu hraje svou roli pohlaví a věk. Zatímco děti mladšího věku (do 12 let) hrají především hry, děti nad 12 let se chtějí

přirozeně více socializovat a objevovat nové přátelství, vztahy, a proto houfně využívají služeb sociálních sítí a využívají komunikační servery (Fischer a Škoda, 2014).

Graf č. 1 Aktivita českých dětí na internetu (zdroj: Šmahel in Ševčíková a kol., 2014, s. 183)



Nadace Naše dítě realizovala v roce 2016 internetový výzkum, který se týkal počtu hodin denně, které děti stráví na internetu. Konečné výsledky výzkumu ukázaly, že ve všední den děti pracují na internetu hodinu a půl, a o víkendu přes dvě hodiny. Nejvíce pak stráví na internetu děti ve věku 14 – 15 let a nejméně děti 10 – 11 let. Výzkumu se zúčastnili děti i jejich rodiče. Rodiče většinou uváděli podobná data jako jejich děti, a proto se potvrdilo, že mají překvapivý přehled o času, které tráví jejich děti na internetu. Což je velmi pozitivní zjištění.

Dobu strávenou na internetu bychom měli regulovat jak u sebe, tak i u dětí, a především se snažit jít dobrým příkladem. Důležité je vnímat potřeby dítěte, mít zájem

o trávení času s dítětem, dbát o jeho potřebu seberealizace, ocenění apod. Prevence před závislostí na internetu a zdravé uspořádání hodnot je primárním nástrojem, jak dítě ochránit před závislostním a nebezpečným chováním v kyberprostoru.

2.5 Sociálně patologické jevy spojené se školou a vrstevnickou skupinou

Pokud dítě nastupuje do školy, začíná se objevovat nový prostor pro ovlivnění jeho myšlení a chování v pozitivním i negativním smyslu. Potkávání se s vrstevníky mimo rodinu a nový způsob trávení času ve škole a mimo ni, rozvíjí člověka k samostatnosti a pomáhá mu v jisté seberealizaci, kterou děti potřebují. Vliv vrstevníků a školy, ale může mít i záporné stránky. Sociálně patologické jevy, které se mohou vyskytovat v prostředí školy nebo ve vrstevnických skupinách jsem popsala níže. (Fischer, Škoda, 2014)

2.5.1 Šikana

Na počátku života se dítě může setkat s šikanou v rámci rodinného prostředí (sourozenci, rodinní příslušníci atd.). Pokud je dítě „vybaveno“ a zná takové chování, již z prostředí rodiny je zde jistý předpoklad, že toto nezdravé chování bude opakovat a napodobovat ve školských zařízeních. Zřídka se setkáváme se šikanou na prvním stupni základních škol a mnohdy si to učitelé i rodiče nechtějí připustit, jelikož děti jsou ještě příliš malé a bezbranné. Ovšem opak je pravdou. Z mého okolí vím, že šikana může propuknout i v mateřské škole. Mohu uvést příklad, který se odehrál na Uherskohradištsku v mateřské škole. V příběhu hraje roli chlapec, který záměrně ničil výtvary spolužáka, schovával mu věci ze skříňky a vysmíval se jeho schopnostem. Učitelka si tohoto chování zavčas všimla a jeho jednání zastavila a obeznámila s ním i rodiče a doporučila návštěvu pedagogicko-psychologické poradny. Chlapec přestoupil do vedlejší třídy, kde je více starších dětí, je pod větším dohledem zástupkyně ředitelky a nemá možnost ani prostor pro další takové jednání.

„Mnohdy je těžké určit hranici mezi nevinným škádlením a šikanou. Neexistuje nějaká přesná, jednoznačná ostrá hranice mezi tím, jaké chování je už šikanou a jaké ještě ne. Šikana je ve své podstatě obtěžováním druhého člověka. Problém spočívá v tom, že existuje mnoho způsobů, jak může někdo někoho obtěžovat.“ (Bendl, 2003, s. 26)

V metodických pokynech Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) k řešení šikanování ve školách a školských zařízeních je uvedena oficiální definice školní šikany.

MŠMT definuje šikanu jako „jakékoliv chování, jehož záměrem je ublížit, ohrozit nebo zastrašovat žáka, případně skupinu žáků. Spočívá v cílených a opakovaných fyzických a psychických útocích jedincem nebo skupinou vůči jedinci či skupině žáků, kteří se neumí nebo z nejrůznějších důvodů nemohou bránit. Zahrnuje jak fyzické útoky například v podobě bití, vydírání, loupeží, poškozování věcí, tak i útoky slovní v podobě nadávek, pomluv, vyhrožování či ponižování. Šikana se projevuje i v nepřímé podobě, jako demonstrativní přehlížení a ignorování žáka či žáků, třídní nebo jinou skupinou spolužáků. Rovněž se může realizovat prostřednictvím elektronické komunikace, kdy se pak jedná o tzv. kyberšikanu.“ (Metodický pokyn ministra školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikanování, 2001, s. 7)

2.5.2 Delikvence

Dle Matouška a Kroftové (2003) je pojem delikvence široký a zahrnuje všechny typy jednání, které porušují sociální normy chráněné právními předpisy včetně přestupků.

Jedná se o negativní společenské jevy, které jsou protispolečenské a antisociální. Delikvence je vnímána jako širší pojem kriminality a porušuje nejen právní řád a jeho normy, ale také normy obecně platné ve společnosti. Pokud jsou jakékoliv normy společnosti porušovány, hovoříme o chování asociálním (porušování společenských norem), disociálním (nepřiměřené chování, především na úrovni školy a rodiny) a antisociálním (protispolečenské jednání). (Národní informační centrum pro mládež Národního institutu dětí a mládeže MŠMT, © 2011, online).

2.5.3 Záškoláctví

„Pojem záškoláctví je jedním ze sociálně patologických jevů vyskytujících se v prostředí školy. Záškoláctvím však netrpí jen žák, který ho provozuje, ale trpí jím celá společnost. Je důsledkem špatných studijních výsledků, horšího uplatnění žáků v životě a může mít za důsledek i delikventní nebo kriminální jednání.“ (Kyriacou, 2005, s. 44)

Průcha a kol. (2003, s. 382) definoval záškoláctví jako „jev, kdy se žák úmyslně, bez omluvitelného důvodu a bez vědomí, popřípadě souhlasu rodičů se nezúčastňuje vyučování a zdržuje se mimo domov.“

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE A KOMUNIKACE S RODINOU

3.1 Sociální práce

Existuje plno definic sociální práce, ale abychom mohli sociální práci lépe pochopit a porozumět její složitosti, uvedu její základní charakteristiky. Se sociálními pracovníky se setkáváme v sociálních službách. Nezastupitelnou roli hrají sociální pracovníci i v sociálně-právní ochraně dětí.

Dle Matouška a Pazlarové (2016) je úkolem daných orgánů chránit zájmy nezletilých dětí. Nyní v České republice patří k těmto orgánům Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí, Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, Úřad práce a obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Stát přenáší odpovědnost právě na tyto úřady. Uvedené oblast je vymezena v konkrétním znění zákona 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění k 30. 12. 1999.

Pokud je na sociální práci nahlíženo z obecného hlediska, hovoříme o pomáhající profesi. Pomáhající profese tvoří skupina povolání, kde je základem profesionální pomoc druhým lidem.

Pokud se člověk dostane do určité nežádoucí situace, kde není schopen řešit problém sám nebo s pomocí přátel a rodiny, nastupuje pomoc profesionální. Výhodou je, že profesionál ví, co dělá a je schopen hned aktivně reagovat, pojmenovat problém a najít vhodné metody, které povedou k jeho vyřešení.

Dle Matouška (2003, s. 213) „je sociální práce společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů“.

Ráda bych zmínila i definici, kterou používá národní asociace sociálních pracovníků v USA (The National Association of Social Workers), která vymezuje sociální práci následovně: „Sociální práce je aktivita, která zahrnuje odbornou pomoc jedincům, skupinám nebo komunitám zesílit a zrenovovat schopnost určitého sociálního fungování. Dále pomáhá vytvořit zdravé sociální podmínky, které povedou ke

stanovenému cíli. Nezastupitelnou součástí sociální práce, je profesionální aplikace hodnot sociální práce, principů a metod pro naplnění všech stanovených cílů. Cíle jsou: pomáhat lidem využívat a dostat veškeré možné služby; poskytnout poradenství či psychoterapii jedinci, rodině a skupinám; pomáhat všem subjektům k dodání potřebných služeb či zlepšovat zdravotnické služby a zároveň se podílet na relevantních legislativních procesech.“ (Barker, 2003, vlastní překlad).

3.1.1 Sociální pracovník pracující s rodinou

Role sociálního pracovníka je ve společnosti nezastupitelná. Pomáhá lidem řešit problémy, které by bez profesionální pomoci mohly být mnohdy i devastující. Úkolem sociálního pracovníka je mapovat terén, starat se o potřebnou prevenci, dokázat pojmenovat problém a najít vhodné metody, jak tento problém vyřešit. Důležitou součástí celé osobnosti sociálního pracovníka, je i potřebné vzdělání. Specifické vzdělání dokáže zajistit jednodušší orientaci v oboru a možnost zvládat nelehké administrativní a jiné úkony. Dále musí pracovník splňovat způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odbornou způsobilost. To vše je definováno v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. Sociální pracovník jedná podle etického kodexu a reprezentuje svým jednáním organizaci, ve které pracuje. Důležitou součástí tohoto povolání, je i jistá empatie, zdravé morální postoje, spravedlivost, schopnost naslouchat a vzbudit zájem a také přiměřená autorita a respekt. Neméně důležitý je i nadhled a životní optimismus, který dokáže pomoci v tak náročném povolání setrvat. Významnou součástí práce je naučit klienta, aby dokázal porozumět vztahům a problémům, které ho obklopují. Díky porozumění si následně klient může věci pojmenovat pravými jmény a pomoci si sám. (Elichová, 2017)

Sociálního pracovníka definuje § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.“

Samotná činnost sociálních pracovníků pracujících s rodinou je velice obsáhlá.

Pracovníci provádějí šetření v rodinách, ve školách a v prostředí, ve kterém dítě žije. Šetření sociálních pracovníků probíhá na základě žádosti soudu, institucí, ale i na základě různých sdělení občanů, včetně anonymních udání.

Pokud o dítěti a jeho zájmech rozhoduje soud, nastává situace, kdy se může sociální pracovník stát kolizním opatrovníkem dítěte. Primární funkcí a smyslem tohoto opatření je zachování objektivity a dbát nejlepších zájmů dítěte. Situace, která může vést k takovému opatření, může být například rozvod nebo rozchod rodičů, kdy se zároveň rozhoduje, do jaké péče bude dítě svěřeno. Kolizní opatrovník zjišťuje názory a postoje dítěte na danou situaci. Mapování skutečností se odehrává s přihlédnutím k věku a schopnostem dítěte. Sociální pracovník se stává zastupitelem dítěte, když jsou jeho rodiče ve střetu zájmů. V takových případech není jednoznačné, zda jsou rodiče schopni se dohodnout na péči o dítě a také na jeho výživném. Sociální pracovník musí zůstat nestranný a neutrální a jeho role v celé situaci bývá nelehká. Stává se mediátorem, který by měl dbát na aktivní spolupráci obou rodičů a najít společně s nimi vhodný kompromis a řešení, bez jakékoliv psychické újmy dítěte. Sociální pracovník by měl také disponovat kvalitními znalostmi vývojové psychologie. Přestože jeho jednání se ve většině případů uskutečňuje s rodiči, základem jeho práce je však hájit blaho daného dítěte.

„Dítě potřebuje ochranu před vnějším světem a jeho nároky. Tato ochrana mu umožňuje se postupně do vnějšího světa začleňovat, vlastním tempem dle svých možností.“ (Trapková, Chvála, 2017, s. 93)

Pokud je u dítěte narušeno prostředí, v kterém žije, a zároveň ztrácí pevné základy a řád, který mu dával jistotu a bezpečí, je zde velké riziko vzniku psychických poruch u dětí.

Ztráta rodiče, blízkého člověka, přátel, pocity zrady, zklamání, to vše a jiné negativní skutečnosti výrazně ovlivňují psychickou stránku dítěte. V případě, že nejsou problémy v rodině řešeny, může dojít i k rizikovému chování dětí, které se lehce dostane do stadia patologického. Pokud je však včas poskytnuta odborná pomoc sociálními pracovníky, následky nemusí být nikterak zásadní. Role, kterou hraje sociální pracovník v práci s rodinou je nelehká vzhledem k tomu, že do něj mnohdy dítě vkládá veškerou naději, že mu dokáže pomoci učinit vhodnou nápravu a vše vrátit do

normálního fungování, ať už se jedná o rozvod rodičů nebo jiné problémy, které se v praxi s rodinami řeší.

Mnozí dospělí vnímají sociální pracovníky, kteří pracují s rodinnou jako své nepřítelé. Není výjimkou, že se někteří snaží sociálního pracovníka zmanipulovat a dostat ho na svoji stranu. Toto nevhodné a manipulativní chování, by měl sociální pracovník umět odhalit a ihned v počátku zarazit. Lidé by měli pochopit, že sociální pracovník je profesionál ve svém oboru. Disponuje jistými kompetencemi, které jsou zásadní pro zvládnutí nelehkých problémů a především, že je tu proto, aby pomáhal, ne škodil. (Matoušek a Pazlarová, 2016)

Nelze předepsat pilulky, po kterých se vše náhle v rodině změní. Potřebná je hlavně snaha a spolupráce všech zúčastněných.

Dle Matouška a Pazlarové (2016) je při práci s problémovými rodinami má mít sociální pracovník soubor definovaných kompetencí. Znalosti a dovednosti pracovníka se mohou týkat:

- relevantní legislativy
- řešení dluhů
- bytové problematiky
- nároků na dávky
- zaměstnání dospělých
- školních problémů dětí
- poruch duševního zdraví dospělých a dětí
- závislostí
- komunikace a řešení sporů
- domácího násilí
- výchovy dětí
- vedení domácnosti.

Výše zmíněné kompetence má definovat a ověřit zaměstnavatel. Je důležité je v rámci sociální práce stále doplňovat a posilovat v rámci průběžného vzdělávání pracovníků.

Nejdůležitější je vzájemná spolupráce, snaha a vytrvalost klientů při řešení problémů v rámci rodiny a zároveň tolik potřebná vize, že potíže se dají pomocí specialistů zvládnout a překonat.

3.2 Sociální komunikace

Dle Vybírala (2000) vzniklo slovo komunikace z latinského slova *communicare* – radit se s někým, činit něco společně, dorozumívat se.

Již od svého narození jsme členy určitého společenství osob, s kterými jsme denně ve spojení. Mezi základní lidské potřeby patří mimo jiné i potřeba sociálního kontaktu, zařazení se do lidské společnosti. Tato potřeba sociálního kontaktu, je spjata s rozvojem vlastní osobnosti a jistého sociálního chování. Všichni žijeme v nějaké skupině a zabýváme se vztahy mezi jednotlivci uvnitř skupiny a námi a snažíme se o jistou formu komunikace. Sociální komunikace je nedílnou součástí existence společnosti a má vliv na její fungování.

Sociální komunikace je dle Hladílka (2006) vědní disciplínou, která spojuje v sobě několik vědních oborů i praktických společenských činností. Jedná se o dílčí sociologickou teorii a uplatňuje se i v politické, kulturní školské, zdravotnické a jiné praxi.

Jandourek (2001, s. 126) uvádí že „komunikace je procesem předávání informací mezi lidmi a během komunikace nedochází pouze k předávání konkrétní věcné informace, ale dochází rovněž k předávání emocionálního obsahu.“

V dnešní moderní době zastávají velkou část komunikace prostředky technické, které nám sice usnadňují čas a život, ale jistě nejsou tak efektivní jako komunikace interpersonální. Bohužel v minulých dvou letech, kdy probíhala pandemie Covidu-19, se komunikace mezi lidmi a její možnosti úzce semkli na komunikaci on-line. Tyto podmínky platily i pro komunikaci v rámci sociální práce. Toto období bylo nelehké, jak pro klienty sociálních poraden, tak pro samotné pracovníky. Snažit se v rámci správné komunikace přenést vše „vzduchem“ bez účasti obou subjektů, bylo ze začátku velmi složité.

V sociální komunikaci je obzvláště důležitá pozitivní komunikace. Pozitivní komunikací dáváme najevo, že přijímáme komunikačního partnera a základním prvkem je zde fakt, že dokážeme nepříjemné věci formulovat přijatelným a pozitivním

způsobem. Při pozitivní komunikaci lze snadněji očekávat pozitivní odezvy. Umění sociální komunikace spočívá v porozumění klientům, pochopit důvody jejich chování a ocenit je za snahu. Ocenění dokáže v rámci komunikaci velké divy a lidé, kteří vnímají své uznání a hodnotu, jsou motivovanější, projevují více snahy a spolupracují.

Komunikace má své dva základní subjekty. Jedná se o komunikátora, který jistá sdělení vysílá, tedy mluví a komunikanta, který sdělení přijímá a naslouchá. Obsahem komunikace je sdělení, které nazýváme komuniké. Mezi těmito subjekty dochází k interakci, kdy na sebe komunikátor a komunikant vzájemně působí.

Tato práce se má zabývat především komunikací interpersonální, protože ta je v sociální práci nejčastěji užívanou formou. Interpersonální komunikací v rámci sociální práce, rozumíme komunikaci mezi dvěma a více lidmi.

V mé práci se jedná především o komunikaci s rodinou a dítětem v rámci jistého problému, který se v rodině patologicky vyskytuje. Rodina je tedy společně se sociálními pracovníky komunikačním zdrojem této práce. Aby komunikace s rodinou mohla být efektivní, je důležité, aby měl sociální pracovník bohatou komunikační způsobilost. Dobrá komunikační způsobilost využívá více variant komunikace a tím pádem je i účelnější.

Velmi významnou komunikační způsobilostí v pomáhajících profesích je také schopnost, kdy se snažíme klienta vést tak, aby práce s ním vyvolala změnu jeho názorů a postojů, s cílem vyřešit daný problém. (Hladílek, 2006)

Rozdělení sociální komunikace dle Vymětala (2008):

- **ústní**- porada, rozhovor, diskuze, dotazování aj.
- **písemnou**- email, dopis, poznámka, zápis aj.
- **vizuální**- tabulka, graf, video, fotografie, film

Základní dělení komunikace podle komunikačních prostředků dle Vymětala (2008):

- **verbální**- zvuková a psaná forma komunikace
- **neverbální**- mimoslovní komunikace- gesta, řeč těla
- **komunikace činem**

Formy verbálního projevu

Jak už bylo zmíněno, verbální komunikace zahrnuje zvukovou i psanou formu řeči. Mluvená a psaná řeč je v sociální komunikaci nejvýznamnějším komunikačním procesem.

Verbální komunikace zahrnuje projevy jazykové a mimojazykové, jako je například zvuk hlasu, výška hlasu, síla hlasu a rychlost řeči.

Psaná řeč se řídí také pravidly pravopisnými. Psaná řeč má výhodou v tom, že dokáže konzervovat informace, které nám byly sděleny. Konzervování informací nám umožní rozšíření informací například formou kopií a také zpřesnění a zachycení příjmu obdržených informací.

Formy neverbálního projevu

Komunikace pomocí neverbálního projevu zajišťuje řeč těla. Dle Wiedenové (2002) rozdělujeme neverbální projevy do několika skupin, podle toho co by měli sdělit:

- **emoce a citový stav** – mimika, oční kontakt, pohyby těla
- **zájem o sblížení**- vyjadřováno proxemikou (snaha o přiblížení druhé osobě) a haptikou (pohlazením, podáním ruky aj.)
- **vytvoření dojmu**- představení komunikačních partnerů v situaci- „kdo jsem já a kdo ty“
- **snaha ovlivnit postoje**- řízení vzájemné komunikace a následných postojů

Neverbální projevy komunikace dle Hladílka (2006):

- **oční kontakt** (řeč očí)- sdělování pohledy
- **mimika**- sdělování mimickými pohyby těla (výrazy obličeje)
- **gestika**- sdělování gesty a vázanými pohyby těla
- **posturologie**- sdělování postavením těla, fyzickou konfigurací těla (poloha hlavy, rukou a nohou)
- **kinezika**- sdělováním všemi pohyby těla
- **haptika**- sdělování dotekem (pohlazení, podání ruky)
- **proxemika**- sdělování na základě přiblížení nebo naopak odstupu partnerů, vzdálenost mezi nimi
- **sdělování úpravou zevnějšku**

3.3 Komunikace a práce s rodinou

Primární pro sociálního pracovníka je fakt, že klientem není jednotlivec nýbrž celá rodina. Na začátku práce s rodinou bychom si měli určit jasné zásady, kterými se budeme řídit. Základem je empatie, přijímání a respektování druhého, opravdovost chování, trpělivost, zásady etiky, ke kterým patří i mlčenlivost a v neposlední řadě zásady slušného chování.

Přirozené prostředí pro rodinu je zajisté domov. Pokud je rodina vytržena se svého rodinného prostředí, necítí se tak bezpečně a jistě. Významným faktorem při práci s rodinou je také to, zda je kontakt s klienty dobrovolný či nikoliv. (Hájek, 2006)

Při prvních komunikacích s rodinou je důležité zjistit akutní problémy rodiny a zaměřit se na ně. Po vyřešení problémů akutních se orientujeme na dlouhodobé cíle. Je možné vycházet i z Maslowa (2014) a jeho pyramidy potřeb.

Nejdříve je nutné zajistit fyziologické potřeby, které nejsou splňovány, poté pocit bezpečí a jistoty, následně potřeby sociální jako je úcta, uznání a respekt a poté potřeba seberealizace. Důležitý je také způsob, přes koho v rodině budeme nejvíce komunikovat. Měl by to být člověk stabilní, a „nejzdravější“ z dané rodiny. (Bechyňová, Konvičková, 2008)

3.3.1 Rozhovor

Rozhovor je základní prostředek komunikace s rodinou. Umění vést rozhovor, je základní dovedností sociální práce. Zásady, které by správný rozhovor měl mít, spočívají, jak v komunikaci verbální, tak v neverbální. Rozhovor je diagnostickým nástrojem, při kterém se dorozumívají dvě či více osob. V rozhovoru evidujeme dva subjekty. Hovořícího (komunikátora) a naslouchajícího (příjemce). Jedná se o vzájemnou interakci těchto subjektů, kde se pozvolna střídají role. Jednotliví účastníci rozhovoru mají při dorozumívání stejná práva. Proces dorozumívání by měl být nedirektivní a empatický, pokud chceme vést rozhovor správným směrem.

Důležitá je především i neverbální komunikace, kdy dáváme najevo zájem o klienta. Neverbální komunikací můžeme označit jakýkoliv fyzický kontakt, jako je například podání ruky, pohlazení aj. Další zásadní formou neverbální komunikace je gestikulace, mimika, a také jistá vzdálenost komunikujících a další jednotlivá kritéria,

kteřá mohou navodit pozitivní atmosféru v rámci rozhovoru. Vytvoření bezpečného prostředí, kde klient cítí důvěru a zájem je zásadní. Následné budování kvality vzájemného vztahu, může ovlivnit řešení situace, s kterou klient přichází. Sociální pracovník by měl vzít v potaz v rámci probíhajícího rozhovoru i klientův slovník a formu vyjadřování. Nejlepším způsobem je pokusit se naladit na stejnou vlnu. Sociální pracovník by si měl také před zahájením rozhovoru rozmyslet, jaký rozhovor chce s klientem vést. Důležitá jsou také témata, která budou v rozhovoru rozebrána a která musí být připravena předem, aby nedocházelo k hluchým místům během konverzace.

Nedirektivního rozhovor dle Hájka (2006, s. 71 – 90) má pět po sobě jdoucích fází:

Fáze aktivního naslouchání – ve fázi naslouchání musí sociální pracovník dát najevo svůj zájem o problém i klienta, povzbuzovat k další komunikaci, hraje zde roli i neverbální komunikace- oční kontakt, mimika, gestika aj.

Fáze vyjádření svého porozumění – když je klient s vyprávěním u konce, čeká na následnou reakci sociálního pracovníka a jeho porozumění situaci a problému.

Fáze- upřesňování významu – pokud je vytvořena důvěra klienta k sociálnímu pracovníkovi dochází k jeho uklidnění. Klient se cítí lépe, dokáže svůj problém reálně vnímat a orientovat se v něm.

Fáze- osobní sdělení terapeuta – vyjádření terapeuta k situaci, kde je cílem podpora v emoční oblasti.

Fáze- přijetí klientova odmítnutí – pracovník musí být připraven i na možnost odmítnutí pomoci, na kterou má klient právo.

Hladílek (2006) zmiňuje interakci s rodinnou a její kategorie. Pokud je rodina funkční, má jinou formu interakce, jako rodina dysfunkční.

U dysfunkčních rodin můžeme pozorovat **nejasnost** promluvy, kdy jedno tvrzení popírá druhé. Je zde také narušena **posloupnost**, která se potýká s dvěma extrémy. Jedná se **chaotickou interakci**, kdy každý mluví, co chce, jak chce, skákání do řeči a další možností je **hypersynchronní interakce**- účastníci komunikace se úzkostlivě přizpůsobují jeden druhému, snaží se říct, co by měli.“ Další variantou interakce dysfunkční rodiny je **svěřování**.

Svěřování u takové rodiny je buď přílišné a egoistické (blokuje jiné účastníky rozhovoru) nebo odmítavé, kdy zmrazuje diskuzi a zvyšuje tenzi.

Nízká emoční intenzita zúčastněných může činit interakci nezajímavou a nudnou. Naopak vysoká emoční intenzita zase může zbytečně rozhovor zatěžovat a vyvolávat silné emoční odezvy.

Je nutné, aby na všechny z výše zmíněných překážek byl sociální pracovník při rozhovoru připraven. Důležité je si na rozhovor vynahradiť čas, zajistit vhodný prostor a prostředí. Naladit se na rozhovor a vytěsňit myšlenky na osobní nebo pracovní život a dostat se svého přirozeného komfortu. Základními kameny pro stavění vztahu s klientem a zárukou úspěšného rozhovoru je empatie, autenticita, akceptace, respekt, aktivní naslouchání, zdvořilost, pochopení, schopnost projevit psychickou podporu klientovi i neverbálně (podání ruky, milý úsměv, vstřícné pozdravení). Spousta klientů přichází za sociálním pracovníkem s nejistotou a obavou, proto je důležité poukázat na rovnocennost stran, aby klient očekával otevřený a rovnocenný dialog.

Cílem rozhovoru není pouze získat potřebné informace. Hlavní je navázání kontaktu a spolupráce. Klient se nesmí cítit uražen, deptán otázkami, tlačěn do kouta nebo zesměšněn. (Hladílek, 2006)

Otázky kladené v rozhovoru

Otázky jsou v rozhovoru nezbytné. Měli bychom se držet hesla méně je více a neklást mnoho otázek najednou abychom se neztratili v kontextu nebo nenarušili plynulost rozhovoru. Otázka by měla být jasně formulovaná, aby jí klient dobře porozuměl a dokázal adekvátně odpovědět.

Dle Vymětala (2008) je vhodné používat strategii trychtýře. Ta spočívá v tom, že první klademe otázky obecného charakteru a postupně se dostáváme ke konkretizaci otázek, včetně detailů, které nás zajímají. Pokud není nutnost, neklademe otázky příliš osobní, citlivé nebo intimního charakteru.

Techniky zpětné vazby v procesu kladení otázek popisuje Birkenbihlová (1999):

- **parafrázování** – rekapitulace zpráv obdržených od klienta vlastními slovy
- **otázka zjišťovací**- odpovědí klienta je zde ANO/NE
- **doplňovací otázka**- zde se neodpovídá pouze ano/ne, klademe ji pokud chceme znát postoj nebo názor klienta na věc

- **usměrňující otázka-** hovořící ovlivňuje příjemce zprávy, jedná se o manipulativní formu otázek, kdy o tom příjemce neví
- **aktivní naslouchání**

V průběhu rozhovoru se nedoporučuje klást otázky uzavřené, které nelze rozvinout a tím pádem, jsou pro rozhovor neefektivní.

Pokud vedeme profesionálně a odborně postavený rozhovor, je nutné vést si poznámky. Sociální pracovník si může psát poznámky v průběhu rozhovoru. Mnohdy je však vhodnější pořídit si zvukový nebo obrazový záznam nebo si poznámky sepsat až po skončení rozhovoru, pro nenarušení jeho plynulosti a kvality. Důležité je také klást otázky jednoznačně a konkrétně, aby měl klient možnost dobře rozumět. Zásadní je držet se naplánovaného tématu a neodbíhat od něj. Pokud se klient snaží rozhovor stočit jinam, kde informace nejsou žádoucí, je potřeba, aby sociální pracovník zasáhl a taktně ho odpoutal zpět k danému tématu. Zbytečná sdělení, která klient pronese, nebo je potřebuje sdělit, nechá sociální pracovník bez povšimnutí a nerozvádí je.

Dle Vybírala (2000) se může stát, že sociální pracovníci v komunikaci s klientem často používají nadměrně a zbytečně odborné termíny, kterým klient nerozumí a staví ho to do pozice neučeného. Proto je potřeba se těmto chybám vyvarovat. Pokud je potřeba použít odborný termín, je také vhodné ho klientovi hned vysvětlit.

3.3.2 Sanace rodiny

Velmi významná je sanace. Jedná se o podporu dané rodiny. Pokud je zde možnost, je nutno rodinu udržovat pohromadě nejen fyzicky, ale i ve všech postojích a názorech na řešení věci.

Sanaci rodiny označuje (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 18) jako „soubor činností sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte nebo dítěti ohroženému ve svém sociálním, biologickém a psychologickém vývoji.“

Cílem sanace rodiny je předcházení, zmírnění či eliminace příčin ohrožení dítěte a poskytování pomoci dítěti a rodičům a celkově podpora rodiny jako celku (např. odvrácení možnosti odebrání dítěte z rodiny, realizace kontaktů v průběhu působení mimo domov, návrat zpět do rodiny). (Bechyňová, Konvičková, 2008)

Pro tuto diplomovou práci nejlépe vystihuje sanaci definice stanovená zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §65. Sanace je zde popsána jako terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobé krizové sociální situace. Tuto situaci rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat a v případě dítěte, existují jistá rizika ohrožení jeho vývoje. (§65 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2006)

Efektivní práce s rodinou dle Matouška a Pazlarové (2016) spočívá i v různých charakteristikách rodiny než v systému komunikace.

Významnými charakteristikami rodiny jsou:

- osobnostní dispozice členů rodiny
- zdravotní a psychické problémy členů rodiny
- bydlení a prostředí, v němž rodina žije
- vazby na instituce a úřady
- zvládání provozu domácnosti
- zaměstnání dospělých a škola u dětí
- způsoby trávení volného času
- způsoby stravování
- způsoby udržování zdraví

3.3.3 Případová konference

Problémy rodin, s nimiž se sociální pracovníci setkávají, se většinou vyznačují tím, že mají více problému najednou (multiproblémovost) a odkazují ke komplexnímu posouzení životní situace rodiny. (Elichová, 2017)

V rámci své dosavadní praxe jsem se několikrát případové konference účastnila a mohu tedy nastínit, co případová konference znamená a kdo by se jí měl účastnit.

Případová konference patří mezi základní metody práce s rodinou. Mezi účastníky tohoto setkání, by neměli chybět ti, kteří mohou přispět svými informacemi k lepšímu pochopení fungování dané rodiny. Lepší pochopení sociálního fungování rodiny, pomůže správně zvolit metody práce s ní. Případové konference se mohou účastnit pracovníci OSPOD, lékař dítěte, učitel dítěte, výchovný poradce, psycholog, sociální pracovník neziskové organizace aj. Případové konference se mohou účastnit samozřejmě rodiče nebo samotné dítě.

Metodický manuál k případovým konferencím od autorek Bechyňové, Boťové, Fraňkové a kol. (2011) obsahuje informace a určitý náhled, jak se zařídit před svoláním konference, aby byla úspěšná. Autorky uvádí, že před svoláním případové konference je důležité zvážit složení případové konference a jeho členů, především k určitému časovému limitu. Konání případové konference obvykle trvá maximálně 2 hodiny. Další nutností je připravit adekvátní prostorové možnosti, kam se pohodlně vejdou všichni účastníci. Dalším důležitým kritériem, je svolat setkání s dostatečným časovým předstihem. Účastníci tak mohou přizpůsobit svůj pracovní a osobní plán a setkání se účastnit.

V rámci přípravné fáze konference je také nutné zvolit cíl konference a zvolit cesty, jak budeme postupovat pro jeho úspěšnou realizaci. Vyvrcholením prvního setkání by tedy mělo být objektivní posouzení dané sociální situace rodiny, dle kterého se sestaví výstupní individuální plán. Tento plán slouží jako jistá osnova pro další práci s rodinou.

Dle Bechyňové, Konvičkové (2008, s 92) obsahuje individuální plán případové konference tyto náležitosti:

- konkrétní změny v situaci dítěte a rodiny (proč se to či ono má změnit)
- konkrétní pracovní body (co se má přesně změnit)
- určení zodpovědnosti (kdo to má změnit)
- konkrétní kroky (jak se to má změnit)
- konkrétní časové období (do kdy se to má změnit)
- jak, kdy a kým bude získávána zpětná vazba o jeho plnění
- kdo svolá další případovou konferenci
- kdo bude rodinu či dítě o obsahu individuálního plánu informovat

3.3.4 Krátkodobá intervence – Úkolově orientovaný přístup

Úkolově orientovaný přístup je dle odborníků z řad sociální práce využívanou praktickou metodou. Pomáhá určit přesné mantinely a dokáže nabídnout možné rady a doporučení, jak problém, co nastal řešit. Je to prostředek, který je cíleně orientovaný na úkoly a následné řešení problému. Vznikl v průběhu praxe sociální práce v 70. letech 20. století. Jedná se postup přímé krátkodobé sociální intervence.

Daný přístup se využívá v praxi hojně a jeho použití má široký charakter. Používá se v práci s rodinou, komunitou, skupinou i jednotlivcem. Využitelnost má v rámci občasných spolupráce s klienty, při akutních krizích klientů i při práci s nedobrovolnými klienty.

Podstatou přístupu je zjistit obsah problému a pojmenovat klientovi potíže.

Principem tohoto přístupu je fakt, že i malý úspěch klienta rozvíjí u něj důvěru v sebe i pomáhajícího a díky tomu, se klienti motivují pro zvládnání úkolů, které si společně se sociálním pracovníkem vytyčili. Angažovanost a aktivita klienta při plnění úkolů je zásadní. Sociální pracovník se tak stává navigátorem situace, ale ne vůdcem. Vůdcem je klient sám, protože si dokáže pomoci nejlépe tím, že svůj problém detailně zná. Důležité je stavět na klientových silných stránkách, upozornit klienta na nutnost participace a také aby klient porozuměl celému procesu pomáhání.

Okruhy ohniskových problémů, na které se přístup zaměřuje dle Špiláčkové (2014):

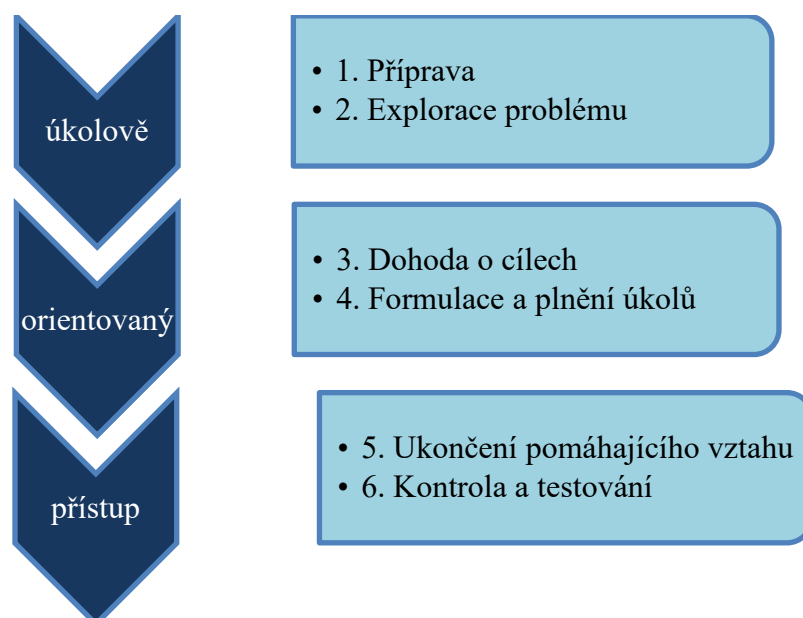
1. Interpersonální konflikty.
2. Neuspokojení ze sociálních vztahů.
3. Problémy s formálními organizacemi.
4. Potíže v naplňování rolí.
5. Problémy vznikající v souvislosti se sociálními změnami.
6. Reaktivní emocionální úzkost.
7. Neadekvátní zdroje klienta.
8. Behaviorální problémy.

Všechny okruhy problémů, které jsou zmiňovány, se mohou týkat dnešních rodin, proto si myslím, že tento přístup je v práci s rodinou dobrou volbou.

Přestože je jeho aplikace široká, jsou však i oblasti, kde tento přístup použit nelze. Může se jednat například o situace, kdy dochází ke ztrátě blízké osoby, hledání smyslu života a obecně v existencionálních problémech.

Etapy realizace přístupu při práci s rodinou dle Špiláčkové (2014)

Graf č. 2 Etapy realizace přístupu při práci s rodinou (zdroj: vlastní)



Tabulka č. 2 - Role účastníků úkolově orientovaného přístupu (zdroj: vlastní)

Role účastníků úkolově orientovaného přístupu	
<p><u>Sociální pracovník</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schopnost naslouchat • Porozumění problému • Použití vhodného stylu komunikace • Empatie v reagování • Posilovat důvěru • Schopnost přehodnotit dohodu a svá stanoviska • Posilovat spolupráci, motivovat 	<p><u>Klient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikovat problémy • Formulovat uskutečnitelné cíle • Stanovit si úkoly a plnit je

3.4 Komunikační obtíže a bariéry

„Komunikační bariéry jsou překážky, které je potřeba během komunikace překonávat, nebo ty, které brání komunikaci uskutečnit. Osobní vybavenost odesílatele či příjemce je považována jako jedna z hlavních příčin této bariéry. Existuje několik typů komunikačních bariér: fyzické, fyziologické či psychologické.“ (Vymětal, 2008, s. 37)

Téměř každodenní prací sociálního pracovníka jsou rozhovory, které vede s různými lidmi v různém prostředí. Mohou být úspěšné, méně úspěšné ale mnohdy také neúspěšné. Průběh rozhovorů a jejich důsledky se promítají do pozitivních i negativních emocí zúčastněných tj. hovořících a naslouchajících.

Obtíže, které mohou mít za následek neúspěšnou komunikaci definovala Wiedenová (2002):

Obtíže na straně hovořícího, mohou mít tyto projevy:

- mluví nesrozumitelně, monotónně, únavně a zdlouhavě
- nepřináší žádné nové informace, stále se opakuje
- používá fráze a klišé
- vede hovor autoritářsky- dominantně
- používá cizí slova, odborné termíny
- mluví příliš rychle, není možnost ho srozumitelně sledovat a vnímat
- mluví chaoticky, plete otázky a témata dohromady
- do rozhovoru vnáší tezi a napětí
- neprojevuje emoce- má kamennou tvář
- neprovozuje oční kontakt, dívá se jinam
- neodpovídá a mlčí
- stále se usmívá (vysmívá)
- je ve stresu nebo v šoku
- chová se nekontrolovaně a opakovaně mění téma hovoru
- projevuje přílišnou přízeň (stále chválí)
- odpovídá tajemně, mlží, maskuje, simuluje

Obtíže na straně posluchače:

- myslí na jiné věci, je duchem nepřítomen
- slyší jen příznivé věci a ostatní nechce slyšet
- poslouchá jen fakta, nesoustředí se na souvislosti
- je v časové tísní
- nechce slyšet některé věci - jsou proti jeho přesvědčení
- disponuje větší kapacitou jak hovořící- nudí se
- vztah hovořícího chápe jako nepřátelský nebo lhostejný
- skáče do řeči
- zbytečně klade mnoho otázek i mimo téma
- klade otázky v nevhodnou dobu
- nechápe, co je mu řečeno

Výše zmíněné komunikační obtíže mohou vycházet i z jiných překážek neboli bariér. Komunikační bariéry mohou být vnitřní nebo vnější.

Vnější bariéry mohou být způsobeny špatným vnímáním a špatnou funkcí smyslů (špatný sluch- velké vzdálenosti komunikace, hlučné prostředí aj.)

Vnitřní bariéry mají komplikovanější charakter, protože vycházejí z osobnostních vlastností jedince. Komunikační bariéry dle Mikuláštika (2010):

Vnější bariéry:

- nevhodné uspořádání prostředí
- hlučné prostředí
- přítomnost dalších osob
- demografické rozdíly v komunikaci a vyjadřování (např. dle věku a pohlaví)
- organizační bariéry

Praško, Prašková (1996, s. 55) uvádějí ještě další bariéry vnější komunikace, kterými jsou **stresory způsobené druhou osobou:**

- absence mimiky, nepřístupný výraz
- absence očního kontaktu a jeho přímé vyhýbání
- fyzicky projevovaná nervozita (třes)

- velmi tichý projev
- časté omlouvání se, vzbuzování lítosti
- přehnaná snaha, lichotky
- manipulace druhé osoby
- kritika, stížnosti a nadávání

Vnitřní bariéry:

- obavy ze selhání, strach (chvění hlasu)
- osobní problémy, emoční stav jedince
- nepřipravenost komunikovat
- nesoustředěnost na komunikaci
- absence schopnosti naslouchat – skákání do řeči aj.
- sémantika- slang, odborné termíny, kulturní rozdíly mezi účastníky □
negativní postoj k druhému- nesympatie, xenofobie aj.
- předsudky a předpojatost komunikačních partnerů
- fyzické bariéry partnerů – sluch, zrak apod.

EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části práce je představen postup jejího zpracování, kde je uveden výzkumný soubor, výzkumný projekt a druh mého výzkumu společně se sběrem dat. Výzkumné šetření je zaměřeno na sociální pracovníky Zlínského kraje a jejich metody sociální práce a komunikace s rodinou postiženou sociálně patologickými jevy. Názory a postřehy sociálních pracovníků budou zjišťovány prostřednictvím dotazníkového šetření a rozhovorů. Jedná se tedy o kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Realizace výzkumu mi poskytla potřebná data, která jsem mohla dále zpracovat do přehlednějších bloků. Dle informací od sociálních pracovníků z kraje, jsem zjistila, které druhy patologických jevů v rámci praxe s rodinami nejčastěji řeší.

Zároveň jsem získala přehled o nejčastěji používaných metodách sociálních pracovníků při práci s rodinou.

4 VÝZKUMNÝ PROJEKT

Výzkumný projekt se zabývá problematikou komunikace sociálního pracovníka s rodinou, která řeší problém s výskytem patologických jevů. Výrazná specifika této komunikace jsou jasná. Jedná se o citlivé téma, a proto musí sociální pracovník volit i specifický způsob komunikace a její formy a styly. V komunikaci s rodinou je kladen důraz na jedinečnost rodiny a je nutné zvolit individuální přístup. Důležité je nalézt způsob, kterým zajistíme aktivní spolupráci všech zúčastněných. Podpora celé rodiny je zde klíčová. Funkční metody komunikace a práce s rodinou, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů, se v další části práce pokusím shrnout.

Výzkum, který by byl na toto téma dříve realizován a vyloženě se týkal metod sociální práce a sociální komunikace s rodinou jsem bohužel nenalezla. Možnost srovnání jsem tedy zavrhlá. Díky tomuto zjištění jsem ale dospěla k názoru, že mnou získaná fakta z aplikace účinných metod v praxi mohou pomoci ostatním sociálním pracovníkům, jako srovnání při jejich práci s rodinami.

Sociální pracovníci se pomocí výsledků mohou utvrdit ve znalých skutečnostech, ale i nalézt jisté odlišnosti práce. Náhled na stejnou práci toho druhého je mnohdy

poučný. Je zde také možnost osvojit si a vyzkoušet jisté přístupy svých „kolegů“ a zvážit možnosti použití jiných metod k úspěšnější práci s rodinami.

4.1 Stanovení výzkumných otázek

- Jaké jsou nejčastěji se vyskytující sociálně patologické jevy v rodinách Zlínského kraje?
- Jak ovlivňuje sociálně ekonomická situace rodinu z hlediska výskytu sociálně patologických jevů?
- Jaké jsou účinné metody sociální práce a komunikace s rodinami?

4.2 Výzkumné cíle

- Zjistit nejčastěji se vyskytující sociálně patologické jevy v rodinách Zlínského kraje.
- Zjistit zda má vliv sociálně ekonomická situace rodiny na výskyt sociálně patologických jevů.
- Představit účinnou metodu sociální práce a komunikace s rodinou postiženou sociálně patologickými jevy.

4.3 Druh výzkumu a metoda sběru dat

Vzhledem k výzkumnému projektu a mnou stanoveným cílům byla v této diplomové práci zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu, kterému předcházela předvýzkum.

4.3.1 Předvýzkum

Před zahájením samotných výzkumů jsem realizovala předvýzkum. S třemi sociálními pracovníky, s kterými jsem posléze vedla rozhovory, jsem provedla diskuzi a představila jim mnou vytvořený návrh dotazníku, který bych pro výzkum chtěla použít. Diskuze probíhala ve skupině. Sociální pracovníci mi poskytli jisté podněty pro úpravu dotazníku. Díky jejich návrhům a připomínkám jsem provedla drobné změny v dotazníku, ve stylistické formulaci otázek i následných odpovědí. Dále jsme diskutovali

o tom, zda je dotazník celkově dobře navržen a splňuje zásady dle (Babbie, 1983 in Gavora, 2010):

- Snažit se formulovat otázky jasně, aby jim porozuměli všichni respondenti.
- Nepoužívat široké formulace otázek.
- Vyhnout se nejasným výrazům jako „několik“, „někdy“, „občas“.
- Nepoužívat otázky, které se ptají na několik skutečností naráz.
- Ptát se na otázky, které dokážou respondenti bez problémů zodpovědět.
- Používat a formulovat smysluplné otázky.
- Používat jednoduché otázky, dlouhé a složité otázky nemusí respondenti zodpovědět.
- Vyhnout se záporným výrazům pro snadnou interpretaci.
- Vyhybat se otázkám, které mohou vzbuzovat předpojatost (například k nějaké instituci nebo osobě).

4.3.2 Kvalitativní výzkum

Jak uvádí Průcha (2014), v kvalitativním výzkumu pracuje výzkumník s nenumerickými daty, což činí sběr a analýzu dat náročnější. Tímto typem výzkumu však můžeme získat podrobnější náhled do zkoumaného problému. Získané výsledky nelze generalizovat na celou populaci, ale pouze na subjektivní názor zkoumaného vzorku.

Kvalitativní výzkum především odpovídá na otázky jak, jaké a proč? Snaží se objasnit příčiny, proč se dané věci dějí. Primárně se zajímá o názory a postoje zkoumaného vzorku.

Vzhledem k tomu, že toto kvalitativní šetření sloužilo především jako základní sonda pro orientaci sledované problematiky, bylo formulováno 8 otázek v rámci mnou zvoleného strukturovaného rozhovoru.

Strukturovaný rozhovor je rozhovor s předem formulovanými otázkami, které následují v jistém pořadí. Je zde omezená možnost ptát se i na jiné věci ze scénáře rozhovoru.

Tím ovšem získáme data, která se u tázaných nebudou strukturou významně lišit.

Dle Švaříčka (2014) je rozhovor nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Můžeme ho charakterizovat jako dotazování jednoho až třech účastníků výzkumu. Jedná se o interakční situaci, kdy výzkumník klade otázky respondentovi. Otázky jsou standardizované, vhodně zaměřené na zkoumané oblasti a následnou interpretaci výsledků.

Důležité z hlediska rozhovoru je seznámit respondenta za jakým účelem rozhovor provádíme a zda bude anonymní. Mnou zvolenou metodou jsou tedy strukturované rozhovory.

V první fázi výzkumu jsem provedla 3 rozhovory, které se odehrály na půdě neziskových organizací, které působí v Uherském Hradišti. Organizace, v kterých byly rozhovory uskutečněny, se zabývají sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi a podporou rodin. Rozhovory mi poskytly mnoho informací a obraz toho, jak sociální pracovníci vnímají rodiny, co je pro ně zásadní v komunikaci s nimi, jaké používají nejčastěji metody práce s rodinou a které patologické jevy se v dnešní době hodně rozrůstají a u kterých naopak evidují útlum. Rozhovory jsem vedla strukturovaně a měla jsem pro každého pracovníka seznam 8 otázek, které měly být zodpovězeny.

Na rozhovorech se mnou domluvili pouze 3 sociální pracovníci ze dvou organizací.

Obtížnost výzkumu totiž provázela několikátá vlna pandemie Covid-19, která byla ve Zlínském kraji v plném proudu. Proto jsem počet sociálních pracovníků, kteří by absolvovali rozhovor, nemohla příliš ovlivnit.

4.3.3 Kvantitativní výzkum

Jelikož jsem chtěla získat data o sociálně patologických jevech a práci s rodinami v širším pojetí, vybrala jsem si smíšený výzkum. Druhou formou výzkumu, byl tedy výzkum kvantitativní.

Tímto typem výzkumu jsem oslovila sociální pracovníky nejen v Uherském Hradišti, ale napříč Zlínským krajem. Tento typ výzkumu přispěl k tomu, že jsem získala obecnější informace z kraje.

Na sběr dat bylo použito dotazníkové šetření. Dané šetření mi pomohlo získat komplexnější informace o práci s rodinami a také o výskytu patologických jevů z více měst Zlínského kraje. Kvantitativní metodou tedy bylo dotazování a technikou

průzkumu dotazník, který obsahoval 15 otázek. Otázky směřovaly v úvodu dotazníku na obecnější charakter a později se prolínaly s otázkami konkrétnějšími. V závěru dotazník obsahoval i otázky, kde sociální pracovník mohl vyjádřit svůj názor a postoj a odpovědět otevřeně.

Cílem nebyla generalizace získaných poznatků v rámci celé populace sociálních pracovníků, ale dotazník sloužil především jako možnost získání aktuálních skutečností, v rámci sociální práce s rodinou ve Zlínském kraji.

Průzkum byl prováděn v měsících listopad, prosinec 2021 a leden, únor 2022. Vzhledem k epidemiologické situaci v České republice, bylo nemožné stihnout získat vyplněné dotazníky rychleji. Výběr respondentů byl příležitostný a oslovení byli pracovníci působící v sociálních službách, které poskytují poradenství rodinám a také sociální pracovníci OSPOD.

K lepší orientaci v sociálních službách v kraji mi posloužila mapa sociálních služeb, která je v rejstříku poskytovatelů služeb a kde jsou přehledně označeny služby poskytující poradenství rodinám a jejich dětem.

Kontaktní osoby jsem oslovila prvně pomocí emailu a prostřednictvím telefonu. Distribuci jsem rovněž zajišťovala i osobně. Při úvodním kontaktu s organizacemi a jejich pracovníky, jsem objasnila obsah dotazníku, jeho účel a cíl mého průzkumu. Dále jsem požádala o plné vyplnění dotazníku, přislíbila anonymitu a zanechala kontakt pro případné nejasnosti při vyplňování dotazníku nebo pro případný zájem o konečné výsledky průzkumu.

Získaná kvantitativní data z dotazníku, který jsem vytvořila, budou zpracována pomocí vhodných statistických postupů. Pomocí výsledků ze statistických výpočtů, lze porovnat jednotlivě spočítaná data a vytvořit jasné závěry.

Rozesláno a rozneseno bylo 95 dotazníků. Bezesporu větší počet vrácených, plně vyplněných dotazníků bylo získáno při osobní návštěvě organizace.

K mému velkému překvapení (a možná i díky několikanásobnému opakování prosby o vyplnění), byla návratnost dotazníků velmi uspokojivá. Obdržela jsem zpět 77 dotazníků, což činilo 81,1 %.

4.4 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem v této práci nám byli sociální pracovníci, kteří představili nejčastěji řešené patologické jevy v rodinách Zlínského kraje, metody práce s problémovými rodinami a shrnuli své zkušenosti z praxe.

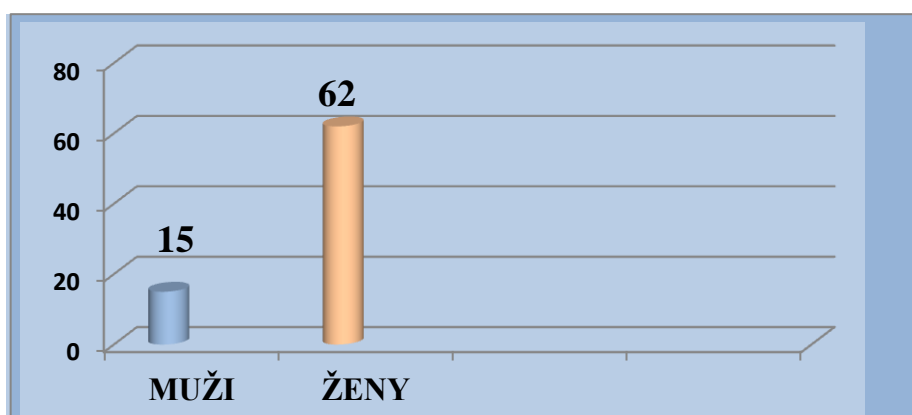
Výzkumný soubor sociálních pracovníků ze Zlínského kraje byl kontaktován jak elektronickou formou, tak i osobně. S výzkumným vzorkem jsem se potkala v rámci rozhovorů a poté s některými v rámci distribuce dotazníků. Rozhovory byly domluveny telefonicky předem a uskutečnili se 3 sociálními pracovníky v Uherském Hradišti.

Dotazníky byly rozeslány a rozneseny na půdu sociálních poraden ve Zlíně, Uherském Hradišti, Uherském Brodě a Kroměříži. Konkrétní informace ohledně sociálních pracovníků a sítě sociálních poraden nebudu sdělovat s ohledem na slíbenou anonymitu dotazníků a také GDPR.

Dotazníky i rozhovory byly anonymní. Jediné, co mě však zajímalo z hlediska jedince, který byl ochoten poskytnout mi informace, bylo pohlaví, věk, vzdělání v oboru sociální práce a počet let praxe v sociální práci. Tyto informace ohledně výzkumného vzorku podrobně graficky znázorňuji níže.

Každý sociální pracovník se mnou spolupracoval dobrovolně a byl obeznámen s použitím výsledků rozhovorů a dotazníku v rámci diplomové práce. Průzkumný soubor kvantitativního výzkumu tvořilo 77 sociálních pracovníků. Jednalo se o 15 mužů a 62 žen.

Graf č. 3 – Počet respondentů dotazníku dle pohlaví (N=77), (zdroj: vlastní)



Rozhovorů se zúčastnily 3 ženy ze dvou organizací v Uherském Hradišti.

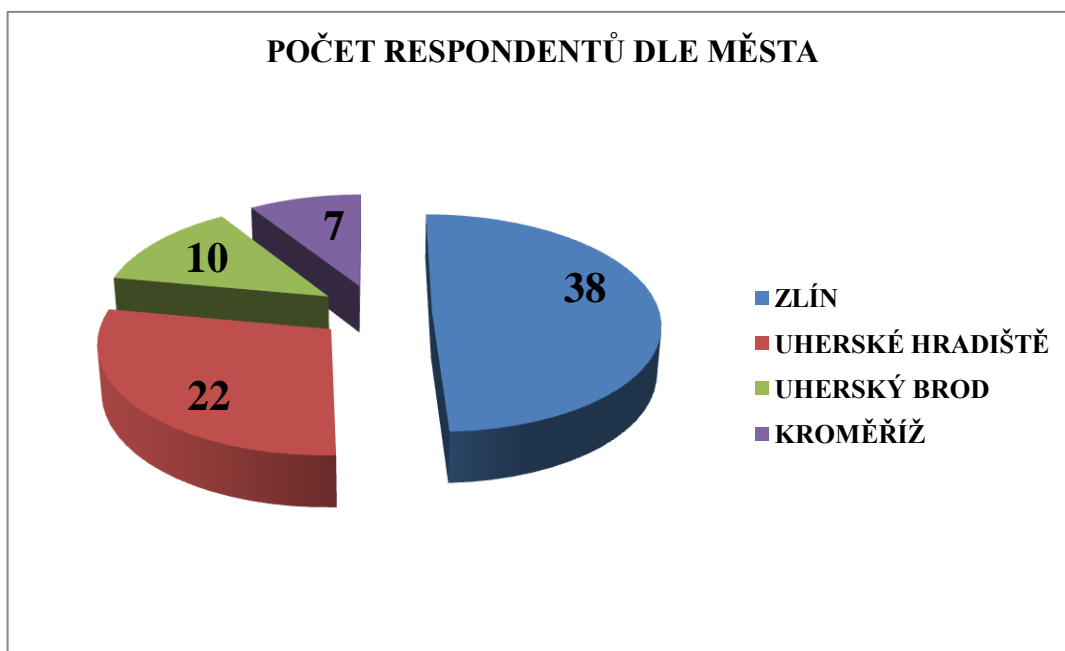
Tabulka č. 3 – Charakteristika respondentů rozhovoru (zdroj: vlastní)

VĚK SOCIÁLNÍCH PRACOVNIC	VZDĚLÁNÍ	POČET LET PRAXE V OBORU
1. 36 let	VŠ – Mgr.	7
2. 43 let	VŠ- Bc.	12
3. 45 let	VŠ- Bc.	14

Tabulka č. 4 - Počet respondentů v jednotlivých oblastech kraje (zdroj: vlastní)

MĚSTO	ABOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
ZLÍN	38	49,4%
UHERSKÉ HRADIŠTĚ	22	28,6%
UHERSKÝ BROD	10	12,9%
KROMĚŘÍŽ	7	9,1%
CELKEM	77	100%

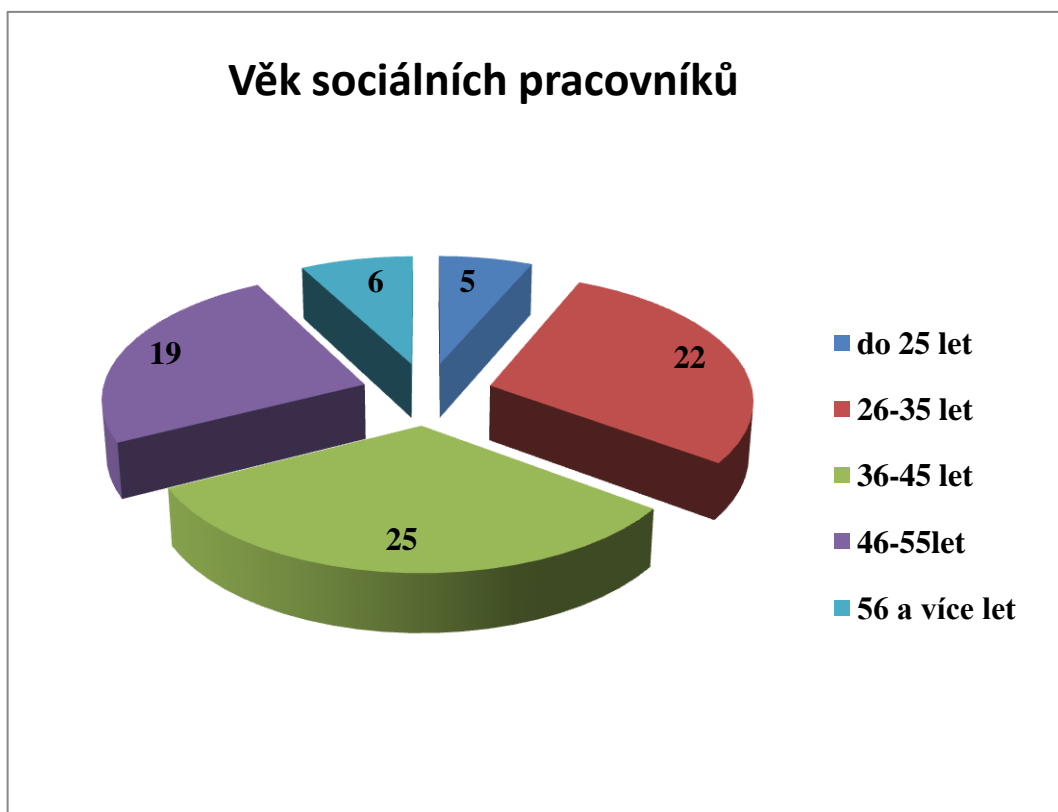
Graf č. 4. - Počet respondentů dle města v kraji (zdroj: vlastní)



Tabulka č. 5 - Věk sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

VĚK SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	5	6,5%
25-35 let	22	28,6%
36-45 let	25	32,5%
46-55 let	19	24,7%
56 a více let	6	7,7%
CELKEM	77	100%

Graf č. 5 - Věk sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)



Tabulka č. 6 -Vzdělání respondentů v oboru sociální práce (zdroj: vlastní)

Vzdělání v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	52	67,5%
NE	25	32,5%
CELKEM	77	100%

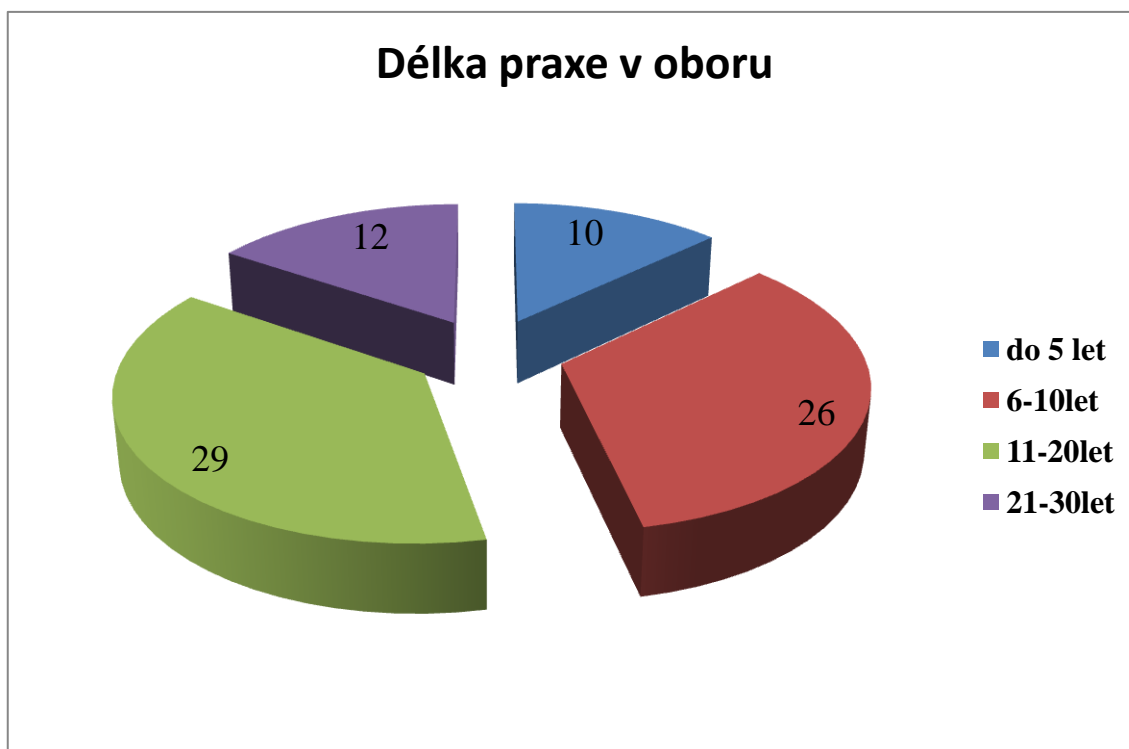
Graf č. 6 - Vzdělání sociálních pracovníků v oboru sociální práce (zdroj: vlastní)



Tabulka č. 7 - Délka praxe sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 5 let	10	20,4%
6- 10let	22	44,9%
11-20 let	10	20,4%
21-30 let	7	14,3%
31 a více let	0	0%
CELKEM	49	100%

Graf č. 7 – Délka praxe sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)



4.5 Stanovené hypotézy

H₁ Rodiny s dobrou sociálně ekonomickou situací mají menší výskyt sociálně patologických jevů, jak rodiny se špatnou sociálně ekonomickou situací.

H₂ Výskyt látkových závislostí jako sociálně patologických jevů je v rodinách Zlínského kraje vyšší, než výskyt ostatních sociálně patologických jevů.

H₃ Metoda dlouhodobé sanace rodiny je účinnější, než krátkodobá intervence.

4.6 Metodika dotazníkového šetření

První část dotazníkového šetření začínala pěti otázkami obecnějšího charakteru, které představily obraz tázaných respondentů. Druhá část dotazníku pokračovala k otázkám konkrétnějším. V první otázce byl zmapován počet žen a mužů v oblasti sociálního poradenství ve Zlínském kraji. Zbylé čtyři otázky byly orientovány na

charakteristické údaje osobností respondentů. Otázky obecnějšího charakteru z první části dotazníku jsem znázornila výše v rámci popisu výzkumného vzorku.

Otázek v dotazníku, bylo celkem 15. Otázky byly uzavřené (1 - 12) a otázky otevřené (13 - 15). Tyto otázky můžeme také rozdělit na dichotomické a polynomické. Mezi dichotomické otázky v dotazníku, patří otázky č. 1, 3, 6, 7, 8, 12. Tyto otázky nabízí dvě jednoznačně dané odpovědi, které se vzájemně vylučují. Respondenti si tak mohli vybrat pouze jednu odpověď.

V otázkách 6, 7, 8, 12 jsem zařadila i třetí možnost, která zněla “nevím” a “je to víceméně stejné.” Takto formulované otázky s odpověďmi, se označují jako nepravá dichotomie. Těchto třetích možností však uvedlo jen mizivé procento respondentů.

Otázky 6, 7 se orientovaly na situaci rodiny. Zde jsem se sociálních pracovníků ptala, zda spatřují výskyt sociálně patologických jevů více v rodinách úplných nebo neúplných a jaká je sociálně ekonomická situace rodin, které přicházejí řešit své problémy k nim do organizace.

Položky 8, 9 a 10 se zaměřovaly konkrétně na oblast řešení sociálně patologických jevů. Tázala jsem se, zda je to oblast, kterou ve své praxi řeší sociální pracovníci v rodinách nejvíce a konkrétně které jevy se nejvíce vyskytují. Zajímala mě i oblast, kdy jisté nežádoucí patologické jevy řeší opakovaně a mají tak největší tendenci recidivy.

U otázek 11 a 12 jsem se tázala na nejúčinnější metody práce s rodinou v oblasti řešení sociálně patologických jevů a také mě zajímal názor pracovníků, zda hodnotí jako nezbytnou komunikaci nejen verbální, ale také neverbální.

Zbylé položky 13, 14 a 15 měly otevřenou formu odpovědi. Zde mě zajímalo, co hodnotí sociální pracovníci jako nejdůležitější při práci s rodinou a kde vidí překážky v komunikaci na straně rodiny i u sebe.

Veškeré odpovědi respondentů jsou každá samostatně znázorněny pro přehlednost pomocí tabulek a grafů také v příloze č. 2.

V každé tabulce jsou rozepsány počty odpovědí na otázky, které jsou vyjádřeny absolutní četností u jednotlivých tvrzení.

Dále jsou ve sloupcích vypočítány relativní četnosti, kde je vyjádřen procentuální stav daného tvrzení.

4.7 Shrnutí výsledků

4.7.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum vychází z hypotéz a plánovitě je popírá nebo potvrzuje a následně hodnotí.

Cílem tohoto výzkumu je shromáždění velkého množství dat, která jsou dále zpracována. Na základě výsledků potvrzujeme, či popíráme předem stanovené hypotézy. (Chráška, 1993)

Výzkumné šetření bylo statisticky zpracováno pomocí metody Testu dobré shody chí-kvadrát. Daným testem lze ověřit, zda četnosti, které byly naměřeny, se významně liší od četností teoretických. Teoretické četnosti odpovídají nulové hypotéze. Kritická hodnota byla vypočítána na základě počtu stupňů volnosti pro zvolenou hladinu významnosti 0,05. Stupně volnosti značí řádky v tabulce minus jedna, tímto výpočtem získáme kritickou hodnotu. Daná kritická hodnota se následně porovná s vypočítanou hodnotou testového kritéria. Pokud je vypočítaná hodnota menší, než hodnota kritická nelze odmítnout nulovou hypotézu. Pokud nelze odmítnout nulovou hypotézu – nemůžeme vyvodit závěr. Tabulku s kritickými hodnotami testového kritéria pro dvě hladiny významnosti jsem umístila do přílohy č. 3.

Testování hypotéz

H₁ Rodiny s dobrou sociálně ekonomickou situací mají menší výskyt sociálně patologických jevů, jak rodiny se špatnou sociálně ekonomickou situací.

Kritická hodnota hladiny významnosti 0,05 je pro počet daných stupňů volnosti 5, 991.

Tabulka č. 8 – Sociálně ekonomická situace rodin (zdroj: vlastní)

Sociálně ekonomická situace rodin	ČETNOSTI		Relativní četnost %	P-0	(P-0) ²	(P-0) ² /0
	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost				
ŠPATNÁ	67	25,7	87 %	41,3	1708,444444	66,56277056
DOBŘÁ	7	25,7	9 %	-18,7	348,444444	13,57575758
NEVÍM	3	25,7	4 %	22,7	513,777778	20,01731602
CELKEM	77		100 %			100,1558442

Z realizovaného výzkumu vyplývá, že 67 oslovených (87 %) hodnotí situaci v rodinách, které přicházejí do organizace jako špatnou. Sedm sociálních pracovníků což činí 9%, uvádí, že situace rodin je dobrá a 3 sociální pracovníci což činí 4%, uvedli, že neví jaká je sociálně ekonomická situace rodin.

Hypotéza číslo 1 byla potvrzena. Kritická hodnota je v tomto případě 5,991. Pokud porovnáme toto číslo s vypočítanou hodnotou testového kritéria, můžeme nulovou hypotézu zcela vyloučit. Můžeme tedy potvrdit předpoklad, že rodiny s dobrou sociálně ekonomickou situací mají menší výskyt sociálně patologických jevů, jako rodiny se špatnou sociálně ekonomickou situací.

H₂ Výskyt látkových závislostí jako sociálně patologických jevů je v rodinách Zlínského kraje vyšší, než výskyt ostatních sociálně patologických jevů.

Kritická hodnota hladiny významnosti 0,05 je pro počet daných stupňů volnosti 12,592.

Tabulka č. 9 – Výskyt sociálně patologických jevů (zdroj: vlastní)

Sociálně patologické jevy	ČETNOSTI		Relativní četnost %	P-0	(P-0) ²	(P-0) ² /0
	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost				
Šikana	6	11	7,8 %	-5	25	2,27272727
Delikvence	6	11	7,8 %	-5	25	2,27272727
Látkové závislosti	30	11	39 %	19	361	32,81818182
Nelátkové závislosti	10	11	13 %	-1	1	0,09090909
Záškoláctví	24	11	31,1 %	13	169	15,36363636
Kriminalita	1	11	1,3 %	-10	100	9,09090909
Jiné SPJ	0	11	0 %	-11	202	18,36363636
CELKEM	77		100 %			80,27273

Z realizovaného průzkumu vyplývá, že sociální pracovníci z hlediska sociálně patologických jevů řeší nejvíce látkové závislosti v rodinách Zlínského kraje, což činí 39 %. Druhým problémem z hlediska kraje se jeví záškoláctví, které získalo 31,1 %. Ostatní sociálně patologické jevy, s kterými pracují respondenti nejčastěji, jsou ve 13 procentech nelátkové závislosti a po 7,8 % získala šikana a delikvence, která zde není až tak významně rozvinutou oblastí problému. Jeden respondent uvedl, že nejčastějším jevem byla kriminalita a ani jeden respondent nezmínil jiné patologické jevy.

Hypotéza číslo 2 byla potvrzena. Kritická hodnota je v tomto případě 12.592. Na základě porovnání tohoto čísla s vypočítanou hodnotou testového kritéria což je číslo 80,27273, můžeme vyloučit nulovou hypotézu. Můžeme tedy předpokládat, že látkové závislosti v rodinách Zlínského kraje mají větší výskyt, než ostatní sociálně patologické jevy.

H₃ Metoda dlouhodobé sanace rodiny je účinnější, než krátkodobá intervence.

Kritická hodnota hladiny významnosti 0,05 je pro počet daných stupňů volnosti 9,483.

Tabulka č. 10 - Metody sociální práce s rodinou (zdroj: vlastní)

Metoda sociální práce s rodinou	ČETNOSTI		Relativní četnost %	P-0	(P-0) ²	(P-0) ² /0
	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost				
Opakované rozhovory	12	15,4	15,6 %	- 3,4000	11,560	0,75064935
Dlouhodobá sanace rodiny	31	15,4	40,2 %	15,600	243,360	15,80259740
Případová konference	10	15,4	13 %	-5,400	29,160	1,89350649
Krátkodobá intervence	15	15,4	19,5%	-0,400	0,160	0,01038961
Jiná metoda	9	15,4	11,7%	- 6,4000	40,960	2,65974026
CELKEM	77		100%			21,11688

Hypotéza číslo 3 byla potvrzena. Kritická hodnota je v tomto případě 9,483. Na základě porovnání tohoto čísla s vypočítanou hodnotou testového kritéria což je číslo 21,11688, můžeme vyloučit nulovou hypotézu. Můžeme tedy předpokládat, že metoda dlouhodobé sanace rodiny je účinnější, než krátkodobá intervence.

4.7.2 Kvalitativní výzkum

Vzhledem k tomu, že jsem vedla svůj výzkum dvěma směry, je druhá část výsledků výzkumu orientována na výstup rozhovorů se sociálními pracovníci. Musím podotknout, že všechny pracovníce mi byly nápomocné a snažily se mi pomocí vyčerpávajících odpovědí v rozhovoru, zodpovědět každou otázku.

Rozhovory

Před domluvenými rozhovory, kdy mi sociální pracovníce odpovídaly na strukturované otázky, jsem ještě vedla diskuzi s každou zvlášť. Získanými informacemi z diskuze jsem chtěla objasnit charakteristiku sociální pracovníce a přiblížit tak její osobnost. Tázala jsem se na věk, vzdělání, počet let praxe v sociální práci a také na to, zda je práce baví a co by uvítaly ve svém povolání.

- Charakteristika sociální pracovníce č. 1

První rozhovor jsem realizovala s ženou (36 let), která působí v neziskové organizaci 7 let. Nastoupila do dané organizace 2 roky po získání Magisterského titulu. Před začátkem rozhovoru se mi svěřila, že by se ráda realizovala v oblasti duševní hygieny, ale bohužel v malém městě, kde žije, není prostor pro takové uplatnění. Hovořila o tom, že práce s rodinami ji velmi zajímá a baví a uvítala by v rámci práce například vhodné přednášky, besedy, workshopy, kurzy, které by jí rozšířily obzory v práci.

- Charakteristika sociální pracovníce č. 2

Druhý rozhovor mi poskytla žena, které je 43 let a působila 8 let v neziskových organizacích, ale nyní působí ve státním sektoru. Má vysokoškolský titul Bc., který si

dodělávala během své praxe. Praxi v oblasti sociální práce má 12 let. Hovořila o tom, že práce je velmi energeticky a psychicky náročná, ale má ji ráda. Uvítala by však zvýšení platu a jiných pracovních benefitů a rozšíření týmu pracovníků, kde působí.

• Charakteristika sociální pracovnice č. 3

Třetí rozhovor jsem prováděla taktéž se ženou (45let), která je vedoucí v neziskové organizaci a vlastní vysokoškolský titul- bakalář. Praxi v oboru sociální práce uvádí 14 let. Práci označovala jako její poslání a něco co ji opravdu naplňuje. Hovořila o tom, že rodiny jsou primární institucí pro společnost a že je její samozřejmostí jim pomáhat. Na práci by uvítala rozšíření svého týmu nejlépe z řad odborníků a uvítala nové prostory pro svou organizaci.

Každý rozhovor, jak jsem uvedla výše, byl zahájen diskuzí s jednotlivými pracovníci, kdy jsem zjišťovala demografické údaje a jejich pracovní spokojenost a návrhy pro její další zlepšení.

Samotný strukturovaný rozhovor obsahoval 8 otázek. Všechny otázky rozhovoru byly otevřené.

Pro lepší orientaci jsem zaznamenala výsledky odpovědí sociálních pracovníků zkráceně do následující tabulky.

Tabulka č. 10 – Výstupy z rozhovorů se sociálními pracovníci (zdroj: vlastní)

Sociální pracovnice	1.	2.	3.
Věk	36 let	43 let	45 let
Vzdělání	Vysokoškolské- Mgr.	Vysokoškolské- Bc.	Vysokoškolské - Bc.
Délka praxe	7 let	12 let	14let
Vnímání rodiny	Sociálně slabá, neschopná dodržovat pravidla	Nezdravá, bez hranic ve výchově	Negativní, neschopná domluvy

Hlavní zásady komunikace	Navázání vztahu, neverbální komunikace, respekt, úcta	Spolupráce, empatie, klidný projev, respekt, umění naslouchat	Zájem, nehodnotící postoj, hovořit k pochopení klienta
Důležitost neverbální komunikace	ANO	ANO	ANO
Nejčastěji využívaná metoda práce	Sanace rodiny, úkolově orientovaný přístup	Poradenské rozhovory, Sanace rodiny	Sanace rodiny, Případové konference
Kde nelze metodu využít	U zneužívaných týraných dětí	Rodina nespolupracuje	U syndromu CAN
Nejvíce vyskytované sociálně patologické jevy	Alkohol, Záškoláctví, Nerespektování autorit	Alkohol, Tabák, Záškoláctví, Delikvence	Alkohol, Drogy
Sociálně patologické jevy v útlumu	Drogy	Drogy	Kriminalita, Delikvence
Proč se dané jevy vyskytují	Nedůsledná výchova, nezájem rodičů, absence autority	Patologičtí rodiče, Nezájem o výchovu, neúplná rodina	Výchova bez pravidel, neúplnost rodiny

Komentář

V tabulce jsou uvedeny zkráceně odpovědi, které sociální pracovníce v rozhovoru uváděly. Přepis všech tří rozhovorů jsem zpracovala v příloze č. 4, 5, 6.

DISKUZE

Ve vládním systému České republiky se rizikovým chováním a obecně patologickými jevy v rodinách, vrstevnických skupinách a škole zabývá Ministerstvo vnitra a Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Zmíněná dvě ministerstva každoročně poskytují dotační programy, které obsahují finanční prostředky pro podporu prevence nežádoucích jevů.

MŠMT má na starost přípravu, vyhlášení a také administraci dotačních programů v oblasti specifické primární prevence. Zmínit mohu program státní podpory práce s dětmi a mládeží, která zabezpečuje oblast volného času dětí a mládeže. Tento program zahrnuje podporu aktivit v oblasti prevence, která není blíže specifikována a v minulém roce činila 170 milionů korun. Ministerstvo vnitra (MV) a jeho odbor prevence kriminality realizoval dotační program, který se zabýval sociálně patologickými jevy - agrese v rodinách. Odbor prevence kriminality zveřejnil v roce 2021 možnost poskytnutí dotace v rámci programu Prevence sociálně patologických jevů, který byl zaměřen na prevenci a eliminaci domácího násilí prostřednictvím práce se všemi subjekty v rodinách. Projekt měl za úkol také realizovat terapeutické a resocializační skupiny pro násilné osoby, které nezvládají fungovat zdravě v mezilidských vztazích.

Myslím si, že možnost získat dotaci je další dobrou příležitostí pro Zlínský kraj, jak účinněji bojovat v oblasti primární prevence zjištěných nežádoucích jevů v kraji. Získání finančních prostředků od ministerstva, může pomoci k vytvoření jisté zpracovatelné funkční strategie prevence, která regionu v tomto směru pomůže.

Mnou získaná fakta z dotazníkového šetření, mohou pomoci k lepší orientaci sociálním pracovníkům i jiným subjektům, v tom, které sociálně patologické jevy se vyskytují v kraji nejčastěji a mají největší tendenci recidivy. Zjištění těchto skutečností, může způsobit, že sociální pracovníci se zaměří na detailnější práci v oblasti řešení těchto jevů, včetně adekvátní prevence. Výsledná zjištění ohledně účinných metod práce s rodinou napříč krajem, která sociální pracovníci uvádějí, mohou pomoci méně zkušeným, při efektivnější práci s klienty.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se věnovala problematice specifické komunikace a práce s rodinami postiženými sociálně patologickými jevy. Cíle, které jsem si vytyčila, byly naplněny. Zjištěny byly nejvíce se vyskytující sociálně patologické jevy v rodinách kraje, které sociální pracovníci řeší a zároveň byly v mé práci objasněny metody, které sociální pracovníci nejvíce používají v praxi. Výsledky s kterými jsem se seznámila, byly zajímavé.

Dle mého názoru jsou výsledky ovlivněny i krajem, kde se výzkum odehrával. Oblast jihovýchodní Moravy konkrétně Slovácka, kde byla větší míra respondentů dotazníku je známá svých kladným vztahem k pěstování plodin, především k výrobě alkoholu. Díky zeměpisné oblasti, která je úrodná a tím pádem bohatá na nejrůznější plodiny je zde velký počet konzumentů alkoholu a také výskyt pálenic a vinařských podniků. Proto mě výsledky, kdy vyhrál v oblasti patologických jevů alkohol v rodinách, příliš nepřekvapily. Otázkou však zůstává, kdy se tento fakt začne brát vážně a lidé přestanou vnímat popíjení alkoholu jako normální věc.

Daná oblast by se na tuto problematiku měla zaměřit a vložit svou energii i finanční prostředky na vhodnou prevenci. Rodiny by měly být obeznámeny s tím, že v kraji se vyskytuje větší riziko těchto jevů, aby mohly v případě potřeby provést s odborníky okamžitou intervenci.

Dle mého názoru velká část problémů, které souvisí s nežádoucími jevy, pramení také z prostředí rodin. Žádnému kraji v republice se nevyhýbá rozvodovost a tím pádem, je zde také výskyt rodin neúplných. Tyto rodiny většinou neplní všechny potřeby, které zdravá rodina plnit má. S neúplnými rodinami se často pojí finanční nejistota a problémy v této oblasti a také nezaměstnanost.

Komunikace s rodinami je pro sociální pracovníky velmi složitá, jelikož existence nežádoucích jevů v rodinách je vždy citlivé téma. V rámci komunikace je vhodné, aby se rodiny seznámily s vhodnými metodami, které jim mohou pomoci.

Důležité je aby rodiny dokázali s pracovníky navázat vztah, který bude založen na důvěře a spolupráci a nevnímaly pracovníky jako nepřítel nebo někoho, kdo je chce kontrolovat a dozorovat. Základem je pracovat vždy v rámci solidarity a empatie.

Z mé strany došlo k uvědomění, že role sociálního pracovníka je opravdu nezaměnitelnou a potřebnou profesí. A přála bych si, aby povědomí o rizicích a vzniku

patologických jevů bylo více zahrnuto v diskuzích celé naší společnosti. Podpora rodin v rámci adekvátní prevence je základem pro eliminaci výskytu sociálně patologických jevů. Zajímat se o osudy rodin má smysl!. Jelikož rodina je základ státu.

Seznam použité literatury

1. BARKER, Robert L., *The Social Work Dictionary, Fifth Edition*. Washington DC. NASW Press. National Association of Social Workers. ISBN: 978-0-87101-447-4.
2. BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
3. BENDL, Stanislav. *Prevence a řešení šikany ve škole*. Praha: ISV, 2003. Pedagogika (ISV). ISBN 80-86642-08-9.
4. BENKOVIČ, Jozef, 2007. *Novodobé nelátkové závislosti*. Psychiatrie pro praxi. 8(6) pp. 250–253. ISSN 1803-5272
5. BIRKENBIHL, Vera F. *Umění komunikace aneb Jak úspěšně utvářet mezilidské vztahy*. Bratislava: Aktuell, 1999. ISBN 80-88915-21-X.
6. DUNOVSKÝ, Jiří. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986. Hálkova sbírka pediatrických prací (Avicenum).
7. ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
8. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozšířené a aktualizované vydání Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.
9. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
10. HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál, c2006. ISBN 80-7367-107-7.
11. HÁJKOVÁ, Eva. *Rétorika pro pedagogy*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1990-0.
12. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

13. HELUS, Zdeněk. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada Publishing, 2007. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1168-3.
14. HLADÍLEK, Miroslav. *Úvod do sociální a pedagogické komunikace*. Praha: Vysoká škola J.A. Komenského, 2006. ISBN 80-86723-16-X.
15. HRČKA, Michal. *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. Základy sociologie. ISBN 80-85850-68-0.
16. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 1993. ISBN 80-7067-287-0.
17. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0
18. KRAUS Blahoslav, HRONCOVÁ Jolana. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN. 9788074350801.
19. KYRIACOU, Chris. *Řešení výchovných problémů ve škole*. Praha: Portál, 2005. Pedagogická praxe (Portál). ISBN 80-7178-945-3.
20. MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
21. MATĚJČEK, Zdeněk. *Děti, rodina a stres: Vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-X.
22. MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence: [možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže]*. Vydání 2., aktualizováno Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
23. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Státní orgány sociálně právní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3336-7.
24. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
25. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
26. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vydáno Praha: Grada, 2010. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
27. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

28. MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-86429-87-8
29. MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. 2. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. ISBN 80-86429-05-9.
30. MÜHLPACHR, Pavel. *Kapitoly ze sociální patologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003.
31. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
32. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-334-0.
33. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., *Pedagogický slovník*. 4. Vydání, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8
34. PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5232-7.
35. ŠEVČÍKOVÁ, Anna. *Děti a dospívající online: vybraná rizika používání internetu*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-210-7527-6.
36. ŠPILÁČKOVÁ, Marie; Nedomová, Eva: *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9
37. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
38. TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-0523-4.
39. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika - vychovatelství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2008. ISBN 978-80-7372-306-4.
40. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-291-2.
41. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. Manažer. ISBN 978-80-247-2614-4.
42. WIEDENOVÁ, Marie. *Komunikativní dovednosti a řešení konfliktních situací*. Liberec: Technická univerzita, 2002. ISBN 80-7083-439-0

Citované právní normy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.104/1991 Sb., úmluva o právech dítěte.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.

Elektronické zdroje:

- A. MŠMT ČR. Metodické dokumenty, doporučení a pokyny [online]. [cit. 2019 – 02 – 28] dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/metodicke-dokumenty-doporuceni-apokyny?highlightWords=prevence> b
- B. Zlínský kraj. Rejstřík poskytovatelů sociálních služeb ve Zlínském kraji [online]. [cit. 2021 – 4 – 14] dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/verejny-registr-poskytovatelu-socialnich-sluzeb-v-cr-cl-1715.html>
- C. MPSV ČR [online]. [cit. 2006 – 3 – 14] dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87
- D. Sanace je spolupráce – metodická doporučení [online 2016]. [cit. 2011 – 5 – 1] dostupné z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Strep-sanace-je-spoluprace-metodicka-doporuceni.pdf>
- E. Národní informační centrum pro mládež. Národního institutu dětí a mládeže MŠMT. Kriminalita a delikvence [online]. [cit. 2012 – 5 – 18] dostupné z: <http://www.nicm.cz/kriminalita-a-delikvence-charakteristika>).
- F. Ministerstvo vnitra ČR. Prevence sociálně patologických jevů [online]. [cit. 2020 – 8 – 26] dostupné z: <https://www.mvcr.cz/prevence-socialne-patologickyh-jevu-2021.aspx>

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 : Rysy tradiční, moderní a postmoderní rodiny (Možný, 2011)

Tabulka č. 2 : Role účastníků úkolově orientovaného přístupu (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 3 : Charakteristika respondentů rozhovoru (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 4 : Počet respondentů v jednotlivých oblastech kraje (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 5 : Věk sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 6 : Vzdělání respondentů v oboru sociální práce (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 7 : Délka praxe sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 8 : Sociálně ekonomická situace rodin (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 9 : Výskyt sociálně patologických jevů (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 10 : Metody sociální práce s rodinou (zdroj: vlastní)

Tabulka č. 11 : Výstupy z rozhovorů se sociálními pracovníci (zdroj: vlastní)

Seznam grafů:

Graf č. 1: Aktivita českých dětí na internetu (zdroj: Šmahel in Ševčíková a kol., 2014)

Graf č. 2: Etapy realizace přístupu při práci s rodinou (zdroj: vlastní)

Graf č. 3: Počet respondentů dotazníku dle pohlaví (zdroj: vlastní)

Graf č. 4: Počet respondentů dle města v kraji (zdroj: vlastní)

Graf č. 5: Věk sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

Graf č. 6: Vzdělání sociálních pracovníků v oboru sociální práce (zdroj: vlastní)

Graf č. 7: Délka praxe sociálních pracovníků (zdroj: vlastní)

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Grafické znázornění výsledků jednotlivých otázek dotazníku

Příloha č. 3: Kritické hodnoty testového kritéria chí- kvadrát

Příloha č. 4: Vzor strukturovaného rozhovoru

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 1

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 2

Příloha č. 7: Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 3

Příloha č. 1: Dotazník pro sociální pracovníky

Tento vytvořený dotazník je anonymní a bude použit pouze v rámci diplomové práce na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Prosím označte vždy jednu odpověď. Pokud je prostor pro další doplnění prosím uveďte na linku Váš názor.

1. Prosím uveďte vaše pohlaví.

- a) ŽENA
- b) MUŽ

2. Prosím uveďte Váš věk.

- a) do 25 let
- b) 25-35 let
- c) 36-45 let
- d) 46-55 let
- e) 56 let a více

3. Máte vzdělání v oboru sociální práce?

- a) ANO
- b) NE

4. Prosím uveďte délku Vaší praxe v oboru sociální práce.

- a) Do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21-30let
- e) 31 a více let

5. Jak vnímáte sociální práci?

- a) jako poslání (podobně jako lékaři)
- b) jako práci jako každou jinou
- c) jako náročnou práci, která je však velmi potřebná
- d) jako náročnou práci, která nepřináší výsledky
- e) vnímám ji jako (uveďte, pokud nevyberete možnost).....

6. Dokážete vyjádřit, zda řešíte výskyt sociálně patologických jevů u dětí z neúplných rodin více, jako u rodin úplných?

- a) ANO u neúplných rodin více
- b) NE u neúplných rodin méně
- c) Je to víceméně stejné

7. Jaká je zpravidla sociálně ekonomická situace rodiny, která navštíví vaši organizaci?

- a) Dobrá
- b) Špatná
- c) Nevím

8. Jsou sociálně patologické jevy to, co ve Vaší organizaci nejvíce s rodinami řešíte?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

9. Které sociálně patologické jevy řešíte s rodinami v rámci vaší organizace nejčastěji?

- a) Šikana
- b) Delikvence
- c) Závislosti- látkové

- d) Závislosti- nelátkové
- e) Záškoláctví
- f) Kriminalita
- g) Jiné (uved'te).....

10. Které sociálně patologické jevy řešíte v rodině opakovaně a mají největší tendenci recidivy?

- a) Šikana
- b) Delikvence
- c) Závislosti- látkové
- d) Závislosti- nelátkové
- e) Záškoláctví
- f) Kriminalita
- g) Jiné (uved'te).....

11. Která metoda sociální práce je v oblasti řešení sociálně patologických jevů v rodině nejúčinnější?

- a) opakované rozhovory
- b) dlouhodobá sanace rodiny
- c) případová konference
- d) krátkodobá intervence- úkolově orientovaný přístup
- e) jiná metoda (uved'te).....

12. Je neverbální komunikace v jednání s rodinou důležitá stejně, jako verbální?

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

13. Co je nejdůležitější pro úspěšnou práci s rodinou postíženou sociálně patologickými jevy?

14. Kde vidíte největší překážky v rodině v rámci komunikace?

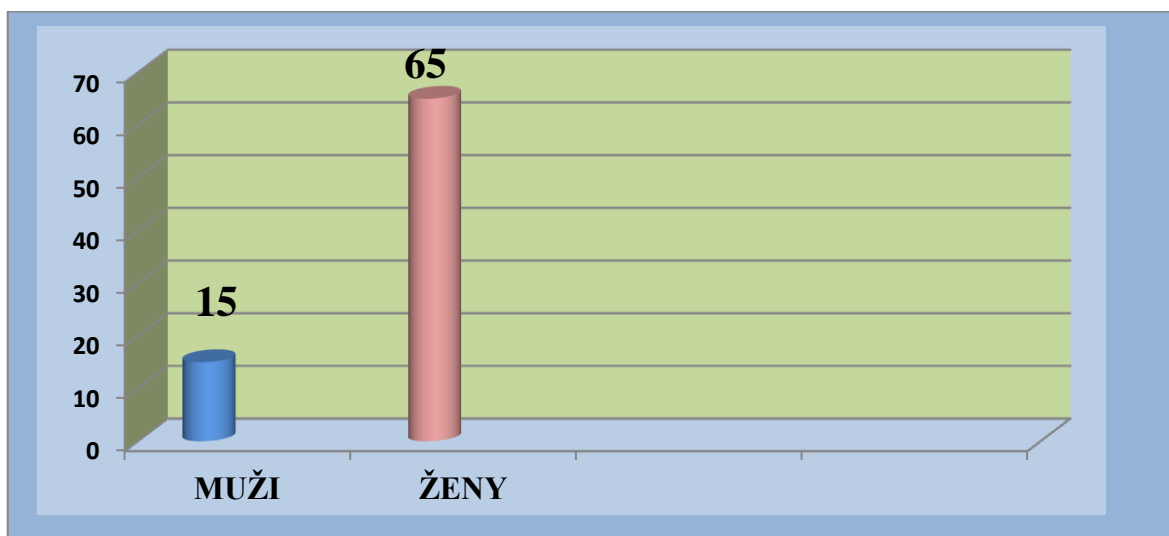
15. Kde spatřujete chyby nebo překážky u sebe v komunikaci s rodinou?

Děkuji za vyplnění dotazníku a přeji mnoho úspěchů v práci i osobním životě.

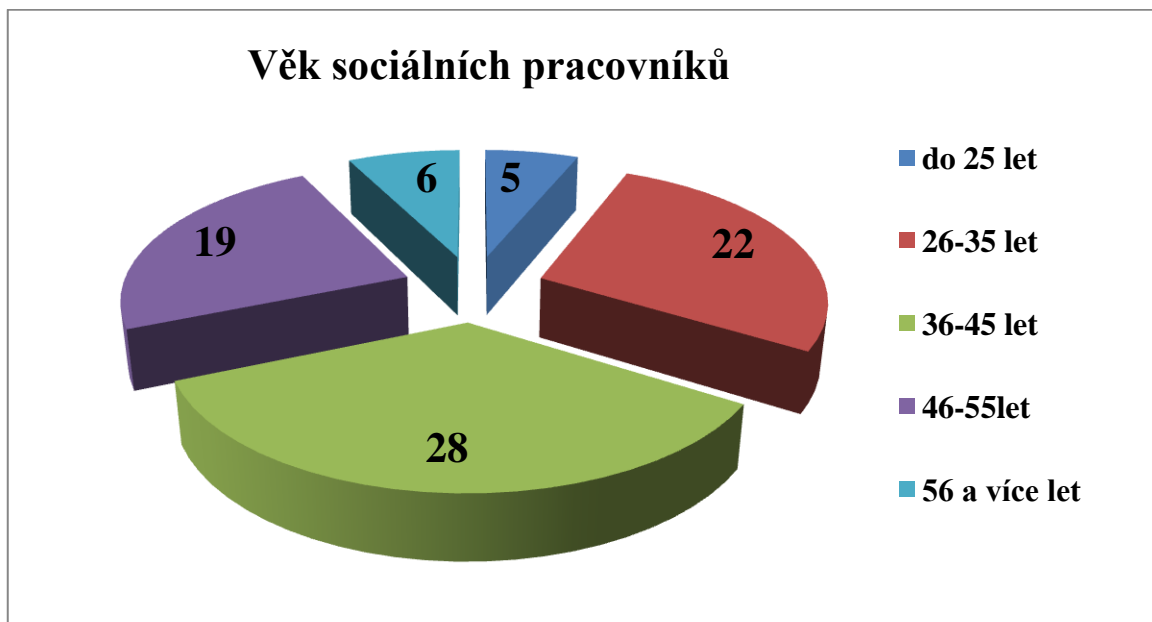
Bc. Tereza Hájková

Příloha č. 2 : Grafické znázornění výsledků jednotlivých otázek z dotazníku

1. Prosím uveďte vaše pohlaví.



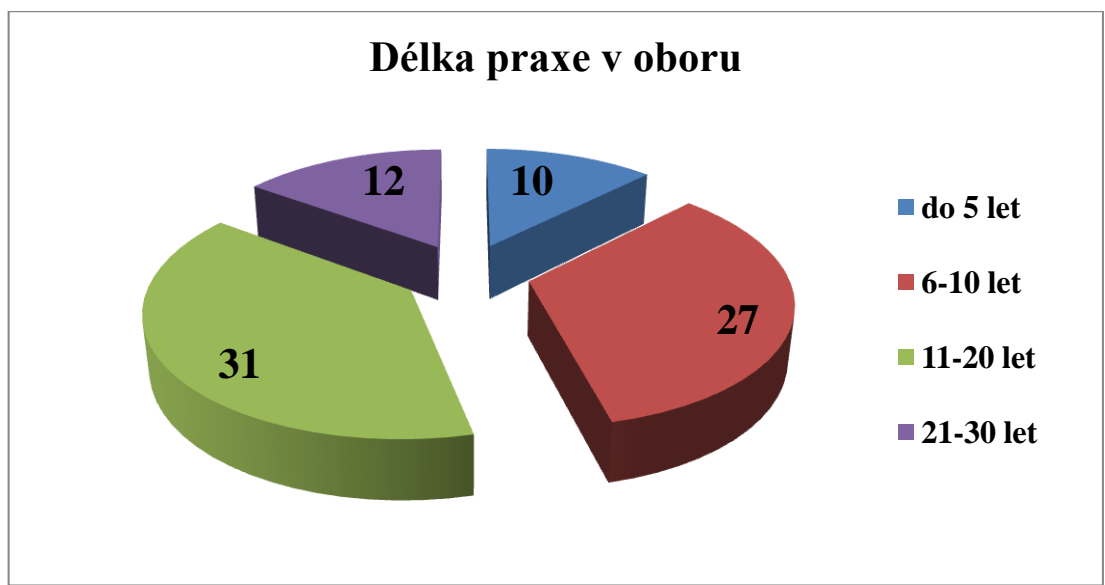
2. Prosím uveďte Váš věk.



3. Máte vzdělání v oboru sociální práce?



4. Prosím uveďte délku Vaší praxe v oboru sociální práce.



*V prvních 4 grafech jsou znázorněny odpovědi respondentů dotazníku, včetně sociálních pracovníků, s kterými byl prováděn rozhovor.

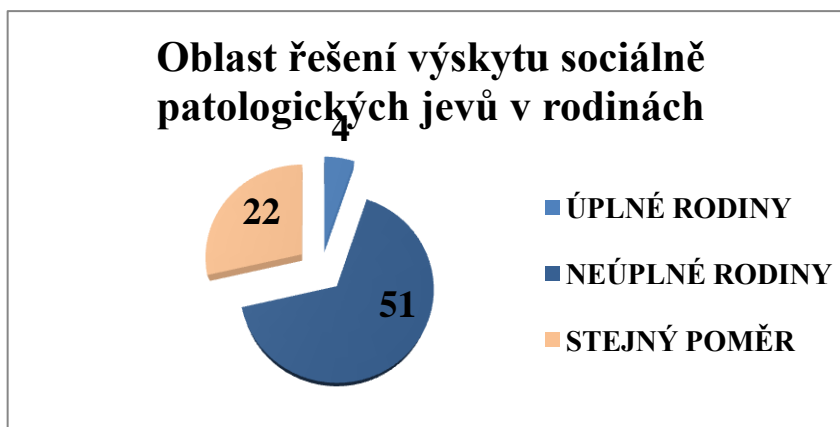
5. Jak vnímáte sociální práci?

Vnímání sociální práce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jako poslání	16	20,8 %
Jako práci jako každou jinou	10	12,9 %
Jako náročnou práci, která je však velmi potřebná	40	52 %
Jako náročnou práci, která nepřináší výsledky	7	9,1 %
Vnímám ji jinak	4	5,2 %
CELKEM	77	100 %

Komentář:

Kladné vnímání sociální práce je bezesporu velmi důležité k výkonu dané práce. Pokud je člověk spokojený a vnímá svoji práci jako potřebnou a důležitou, je schopen v ní podobně i jednat. Výsledky, které byly získány ukázaly, že přes 52 % pracovníků, vnímá svoji práci jako náročnou, avšak velmi potřebnou pro společnost. Dokonce 16 pracovníků se ztotožňovalo s názorem, že je práce jejich posláním. Sociální práci vnímají jinak, než byli nabízené možnosti, čtyři pracovníci. Všichni podobně uvedli, že sociální práci vnímají jako pomoc společnosti, která ovšem není dostatečně akceptována a adekvátně finančně ohodnocena.

6. Dokážete vyjádřit, zda řešíte výskyt sociálně patologických jevů u dětí z neúplných rodin více, jako u rodin úplných?



Komentář:

51 sociálních pracovníků, mi v dotazníku odpovědělo, že oblast sociálně patologických jevů řeší více v rodinách neúplných. Děti jsou v těchto rodinách tedy ohroženy více a měli bychom vzít v potaz, že nejdůležitější oblastí při rozpadu rodiny či odchodu jednoho z rodičů, by měla být především včasná prevence. Rodina by měla být obeznámena s tím, že dítě, které ztrácí jistotu a ta je společně s bezpečím uváděna Maslowem v hierarchii životních potřeb jedince mezi hlavní stavební kameny pyramidy, je ohroženo sociálně patologickými jevy více, než jeho vrstevníci.

Čtyři pracovníci mi odpověděli, že řešili sociálně patologické jevy především v rodinách úplných. Tyto tvrzení korespondovaly asi s tím, že všechny 4 dotazníky vyplňovali pracovníci mladší 25 let s krátkou praxí v oboru. Tudiž předpokládám, že mnoho zkušeností v praxi zatím nemají a složitě řešené problémy v rodinách úplných i neúplných, se jim nejspíš zatím vyhnuly. Zbýlých 21 pracovníků mi odpovědělo, že problémy se sociálně patologickými jevy řeší ve stejném měřítku a nezáleží na koncepci a uspořádání rodiny.

7. Jaká je zpravidla sociálně ekonomická situace rodiny, která navštíví vaši organizaci?

Situace rodin	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatná	67	87%
Dobrá	7	9%
Nevím	3	4%
CELKEM	77	100%

Komentář:

Z výsledků v dotazníku vyplývá, že situace v rodinách, které navštíví organizaci poskytující rodinně pomoc, je většinou špatná. Tyto data uvedlo 67 dotázaných pracovníků, což tvoří dohromady téměř 87%. Sedm pracovníků odpovědělo, že se v rodinách setkávají s dobrou sociálně ekonomickou situací, což činí 9% a 3 pracovníci odpověděli, že neví jaká je sociálně ekonomická situace v rodinách. Podrobněji se budu zabývat touto otázkou, z hlediska stanovení mé první hypotézy, kdy předpokládám souvislost se sociálně ekonomickou situací rodiny a jejím vlivu na výskyt sociálně patologických jevů.

8. Jsou sociálně patologické jevy to, co ve Vaší organizaci nejvíce s rodinami řešíte?

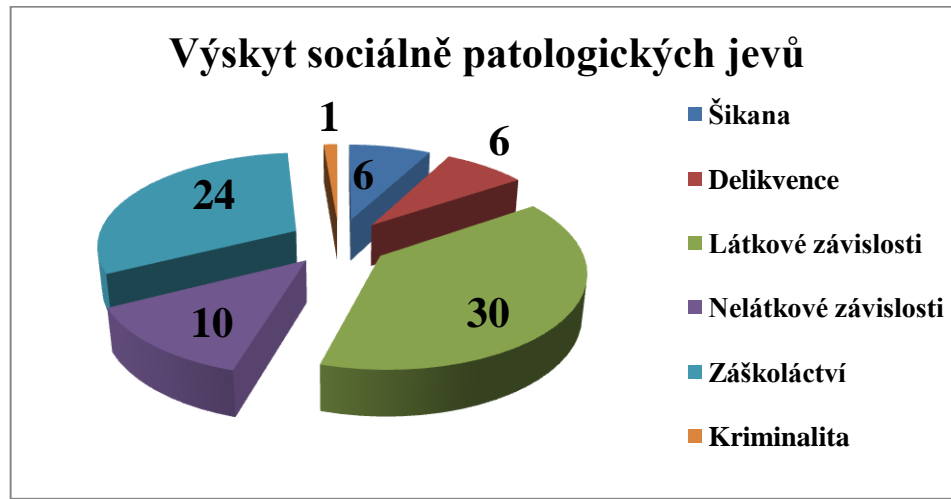
Situace rodin	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	60	77,9%
NE	17	22,1%
NEVÍM	0	0%
CELKEM	77	100%

Komentář:

77,9 % dotazovaných sociálních pracovníků uvedlo, že řešení sociálně patologických jevů je to, na čem pracují s rodinami nejčastěji. Zbýlých 22,1 % pracovníků uvedlo, že to není primární oblastí jejich řešení. Na odpověď nevím, neodpověděl žádný respondent.

9. Které sociálně patologické jevy řešíte s rodinami v rámci vaší organizace nejčastěji?

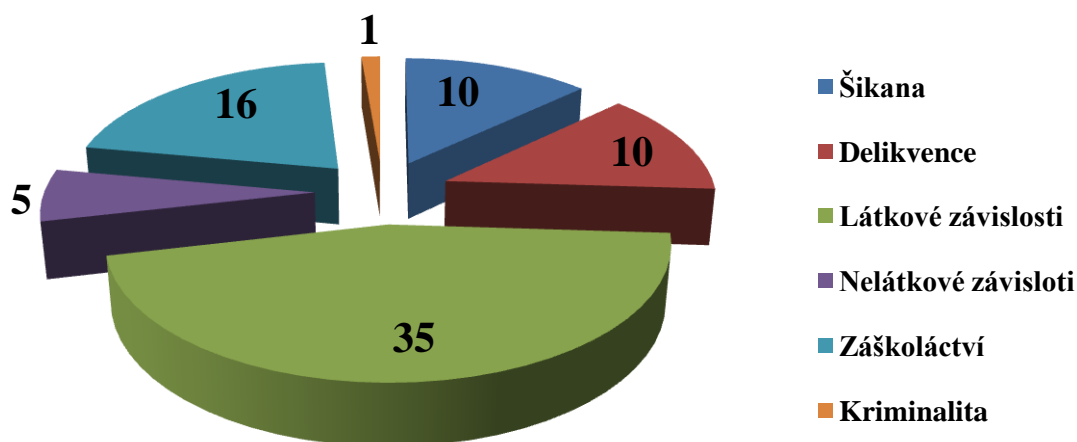
Sociálně patologické jevy v rodinách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Šikana	6	7,8%
Delikvence	6	7,8%
Závislosti- látkové	30	39%
Závislosti nelátkové	10	13%
Záškoláctví	24	31,1%
Kriminalita	1	1,3
Jiné	0	0%
CELKEM	77	100%



10. Které sociálně patologické jevy řešíte v rodině opakovaně a mají největší tendenci recidivy?

Recidivní sociálně patologické jevy v rodinách	Absolutní četnost	Relativní četnost
Šikana	10	13%
Delikvence	10	13% %
Závislosti- látkové	35	45,4%
Závislosti nelátkové	5	6,5%
Záškoláctví	16	20,8%
Kriminalita	1	1,3
Jiné	0	0%
CELKEM	77	100%

Recidiva sociálně patologických jevů



Komentář:

Největší výskyt recidivy, který opakovaně v organizaci řeší, je dle pracovníků u závislosti látkových, kde se jedná o více jak 45%. Druhé místo (20,8%) zaujalo záškoláctví, které je dle pracovníků v kraji také problémem. Po 13% získali šikana a delikvence a 5% závislosti nelátkové. Jeden pracovník uvedl kriminalitu a žádný z pracovníků neuvedl problémy jiné, než byly ve výběru.

11. Která metoda sociální práce je v oblasti řešení sociálně patologických jevů v rodině nejúčinnější?

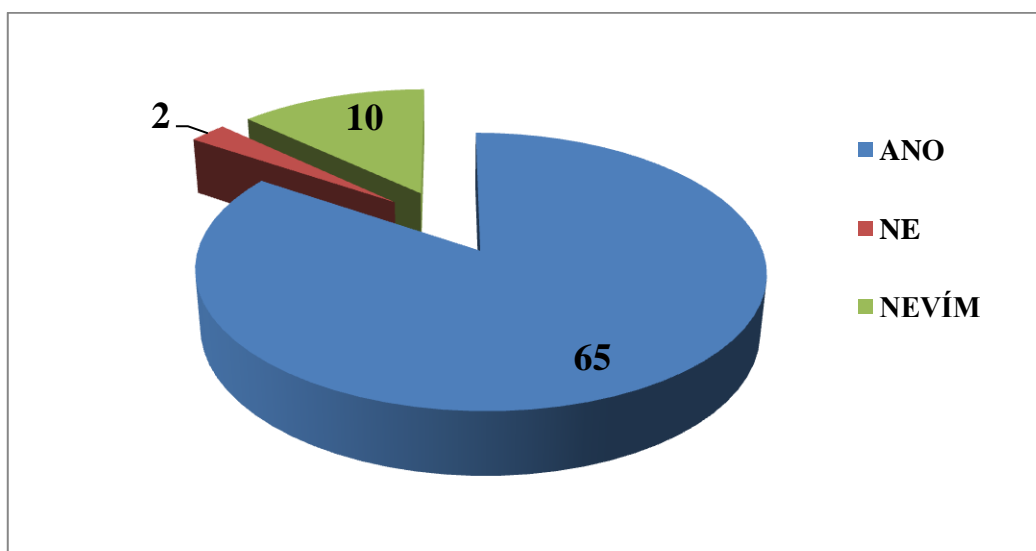
METODA	Absolutní četnost	Relativní četnost
Opakované poradenské rozhovory	12	15,6%
Dlouhodobá sanace rodiny	31	40,2%

Případová konference	10	13%
Krátkodobá intervence	15	19,5%
Jiná metoda	9	11,7%
CELKEM	77	100%

Komentář:

Jako nejúčinnější uvedli pracovníci metodu dlouhodobé sanace rodiny, přes 40%. Sanaci rodiny, uvedli pracovníci i v metodách jiných kde mi 9 napsalo, že používají nejčastěji kombinaci několika metod. 13% pracovníků uvedlo, že preferují případové konference, 12% opakované poradenské rozhovory a 15% preferuje úkolově orientovaný přístup. V každém případě záleží na charakteru a obtížnosti problému, který musí pracovníci řešit a proto musí vždy přizpůsobit i danou metodu a přístup.

12. Je neverbální komunikace v jednání s rodinou důležitá stejně, jako verbální?



13. Co je nejdůležitější pro úspěšnou práci s rodinou postiženou sociálně patologickými jevy?

V této otázce byl volný prostor k odpovědi. Odpovědi, které se nejvíce opakovaly, zmiňovaly vzájemnou spolupráci, uvědomění si existence problému v rodině, úplnost a angažovanost rodiny a ochotu daný problém řešit. Dále sociální pracovníci uvedli, že primární je zapojení celé rodiny do problému. Nikdo nesmí zůstat k problému lhostejný nebo zaujmout postoj, že daný problém neexistuje a je vykonstruovaný. Navázání vztahu a oboustranná důvěra byla také mnohokrát zmíněna, jako jeden z nejdůležitějších faktorů, který se úspěšně podílí na vyřešení problému.

14. Kde vidíte největší překážky v rodině, v rámci komunikace?

Sociální pracovníci nejčastěji uváděli, že překážky jsou právě v situaci, kdy rodina je posílána jinou institucí (např. školou) do organizace a vnímá svoji situaci, že je nucena řešit něco, co neexistuje nebo není příliš velkým problémem. Většinou se rodiny domnívají, že jej dokážou v rámci rodiny vyřešit sami a nikoho jiného k tomu nepotřebují. Takoví klienti odmítají pozitivně komunikovat a je těžké s nimi navázat spolupráci. Sociální pracovníci, uváděli, že zde hraje roli i jistá technika práce. Klient musí uvěřit, že sociální pracovník není nepřítel. Komunikační překážky, které se při práci s rodinou vyskytují, uvádí pracovníci nejčastěji tyto- smýšlení skutečností, hovor je plný polopravd nebo lží, které ztěžují daný problém rodiny rozkrýt a řešit. Jako další překážky uváděli pracovníci skákání do řeči, agresivní komunikace, a nerespektování jeho osoby.

15. Kde spatřujete chyby nebo překážky u sebe, v komunikaci s rodinou?

Zde se vyskytovali nejčastěji odpovědi, že se jim nepodařilo rozkrýt problém rodiny, proto nelze s nimi problém vhodně probrat, Dále několik pracovníků uvedlo, že mnohdy nemají v místě, kde pracují s rodinou potřebný prostor nebo soukromí. Další překážkou, která byla uváděna několikrát, je nepochopení problému rodiny, neplánované používání odborných výrazů a skákání do řeči.

Příloha č. 3: Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát

Stupně volnosti	Hladina významnosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,090
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32,000
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566

Příloha č. 4 : Vzor strukturovaného rozhovoru

1. Jaký typ rodin za Vámi do organizace nejčastěji přichází?
2. Co je pro Vás zásadní věci při komunikaci s rodinou?
3. Je pro Vás stejně důležitá neverbální komunikace jako komunikace verbální?
4. Jakou metodu práce s rodinami postiženými sociálně patologickými jevy používáte nejčastěji?
5. Můžete uvést rodiny, pro které se nehodí tato Vámi používaná metoda?
6. Které sociálně patologické jevy se v rodinách vyskytují nejčastěji?
7. Které sociálně patologické jevy mají v posledních letech útlum?
8. Proč myslíte, že je Vámi uvedený výskyt daných jevů?

Příloha č. 5: Rozhovor se sociální pracovnící č. 1

1. Jaký typ rodin za Vámi do organizace nejčastěji přichází?

Do naší organizace nejčastěji přicházejí rodiny, které jsou sociálně a ekonomicky velmi slabé. Jsou neschopné dodržovat určitá pravidla výchovy a jsou typické svojí multiproblémovostí.

2. Co je pro Vás zásadní věcí při komunikaci s rodinou?

Zásadní z mého pohledu je první kontakt a navázání vztahu mezi klienty a mnou. Důležité je, aby se cítili všichni zúčastnění pohodlně a vnímali to, že jsou zde dobrovolně a že má zájem jim někdo situaci pomoci vyřešit. Pokud řeším rodiny s dětmi, používám neverbální komunikaci. Jedná se například o pohlazení dítěte, podání ruky rodičům, pobídku k místu, výběr tématu a jiné věci, které evokují akt přátelství a zájmu. Důležitý je i respekt a úcta, kterou se vždy snažím vhodně projevovat.

3. Je pro Vás stejně důležitá neverbální komunikace, jako komunikace verbální?

Ano bezesporu, jak jsem uvedla v předchozí odpovědi.

4. Jakou metodu práce, s rodinami postiženými sociálně patologickými jevy používáte nejčastěji?

Je to různé. Bezesporu je nejlepší dlouhodobá práce s rodinou. Dlouhodobá podpora rodiny je nejlepší, pokud ji můžeme sledovat. Někdy ovšem o takové metody není zájem a nelze je dělat. Pokud ze strany rodiny nevidím a necítím možnost dlouhodobé spolupráce, snažím se aspoň dát jasně orientované úkoly, které by ke zlepšení situaci mohli provést a které bychom mohli analyzovat na příštím setkání.

5. Můžete uvést rodiny, pro které se nehodí tato Vámi používaná metoda?

No tak určitě to jsou rodiny, kde jsou zneužívané a týrané děti. Tady plánování nějaké dlouhodobé spolupráce nemá smysl a musí se okamžitě jednat jinak.

6. Které sociálně patologické jevy se v rodinách vyskytují nejčastěji?

Nemůžu to generalizovat, ale z mého pohledu je to alkohol. Jak u dětí, tak u dospělých. Co je v dnešní době hrozné, je absolutní nerespektování autorit. Jak ve škole, tak doma. Děti pak ztrácí zájem o školu a o vše. Pohybují se v partách a chodí za školu. To teď vidím teda taky jako velký problém dnešní doby.

7. Které sociálně patologické jevy, mají v posledních letech útlum?

Dříve jsme v organizacích řešili více drogy a drogové závislosti. Ty teď samozřejmě na scéně také jsou, ale setkávám se s nimi méně.

8. Proč myslíte, že je Vámi uvedený výskyt daných jevů?

Podle mého názoru je to právě tím, jak nikdo nikoho nerespektuje. Nedůsledná výchova rodičů a mnohdy i špatná situace rodiny, kde chybí rodič. Pak nezájem rodičů a bezesporu to, že je velmi snadné a levné u nás alkohol obstarat. V rámci celého Česka, natožpak tady na Moravě.

Příloha č. 6: Rozhovor se sociální pracovnící č. 2

1. Jaký typ rodin za Vámi do organizace nejčastěji přichází?

Typ rodin je různý. Vždy je však nezdravý. Málokdy mají děti nějaké hranice a nejsou v rodině téměř přehlíženy. Rodiče jsou většinou líní se o dítě starat a zajímají se především o sebe a taky své „koničky“.

2. Co je pro Vás zásadní věci při komunikaci s rodinou?

Já se snažím být vždy klidná a empatická, ať už přijde kdokoliv. Snažím se první vyslechnout a moc nemluvit, když nemusím, aby nedostali dojem, že je nějak diriguju. Respektuju to, co říkají i když samozřejmě mám na věc vlastní názor. Snažím se z nich dostat pravdu. To je mnohdy největší výhra. A co je ještě zásadní???? No zásadní je komunikovat tak, abych navázala spolupráci a mohla je sledovat delší dobu a vidět jejich pokroky.

3. Je pro Vás stejně důležitá neverbální komunikace jako komunikace verbální?

Ano to je. Bez toho by to ani nešlo.

4. Jakou metodu práce s rodinami postiženými sociálně patologickými jevy používáte nejčastěji?

Většinou jsou to poradenské rozhovory. Cílem je dlouhodobě se setkávat, kombinovat metody a komplexně podporovat a sledovat danou rodinu.

5. Můžete uvést rodiny, pro které se nehodí tato Vámi používaná metoda?

Především rodina, která absolutně nespolupracuje a nemá zájem. Nebo drogově závislí rodiče.

6. Které sociálně patologické jevy se v rodinách vyskytují nejčastěji?

Většinou jsou tam alkoholici nebo děti chodí za školu, kouří, konzumují alkohol. Někdy jsou to delikventi, co nás na ně a jejich rodinu upozorní policie. Setkáváme se i s domácím násilím.

7. Které sociálně patologické jevy mají v posledních letech útlum?

No řekla bych, že tady u nás drogy a i delikvence evidujeme méně, než před lety.

8. Proč myslíte, že je Vámi uvedený výskyt daných jevů?

To nedokážu říct. Ale myslím si, že mnoho lidí je zoufalých a má existenční problémy. S tím se pak lehce pojí jakékoliv nežádoucí jevy. Jinak u dětí jsou to většinou patologičtí rodiče, kteří mají svoji roli ve výskytu těchto jevů. Dál pak bych řekla nezáměr o výchovu dětí a to že se často v rodinách vyskytuje jen jeden rodič.

Příloha č. 7: Rozhovor se sociální pracovnící č. 3

1. Jaký typ rodin za Vámi do organizace nejčastěji přichází?

Jsou to většinou rodiny z kterých vyzaňuje negativita a neochota cokoliv měnit. Nejsou schopni domluvy mezi sebou a mnohdy ani s těmi, co je k nám doporučí.

2. Co je pro Vás zásadní věcí při komunikaci s rodinou?

Zásadní je podle mě vzbudit zájem o daný problém v rámci komunikace s klientem. Nehodnotit ho ani danou situaci, s kterou přichází. Mluvit s nimi tak, aby mi rozuměli a naladit se na jejich vlnu nebo i vyjadřování.

3. Je pro Vás stejně důležitá neverbální komunikace jako komunikace verbální?

Ano to určitě. Já jsem obecně hrozně kontaktní člověk. A taky myslím, že gesta nebo oči mnohdy řeknou víc, jak slova.

4. Jakou metodu práce s rodinami postiženými sociálně patologickými jevy používáte nejčastěji?

Snažíme se kombinovat různé metody, ale nejčastěji se asi setkáváme v rámci případových konferencí, kde se účastní více odborníků, kteří mohou lépe vystihnout situaci. Jinak jasná je pak snaha o dlouhodobou sanaci rodin.

5. Můžete uvést rodiny, pro které se nehodí tato Vámi používaná metoda?

Rodiny, kde je problém se syndromem CAN například.

6. Které sociálně patologické jevy se v rodinách vyskytují nejčastěji?

Řekla bych, že alkohol a drogy.

7. Které sociálně patologické jevy mají v posledních letech útlum?

V dřívějších letech byla více rozvinutá kriminalita u dětí a mladistvých v kraji. Nyní pozoruju jistý útlum v tomto směru.

9. Proč myslíte, že je Vámi uvedený výskyt daných jevů?

Myslím si, že dnešní doba je těžká. Rodiče nemají mnoho času na děti a musí se opravdu otáčet, aby nějak přežily. Často sledujeme, že je zde nějaký moderní trend výchovy bez pravidel, což je dle mého opak toho, jak jsme byli zvyklí vyrůstat dříve. Bohužel pro život jsou pravidla důležitá. Pokud se s nimi dítě nenaučí žít a vnímat je, je zde větší riziko, že se s tím nedokáže vyrovnat a sklouzne k rizikovému chování. Svou roli zde hrají především rodiče, příbuzní a jejich historie a v neposlední řadě skladba rodiny.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Hájková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Alena Jůvová , Ph.D.
Rok obhajoby:	2022

Název práce:	Problematika komunikace sociálního pracovníka s rodinou postiženou sociálně patologickými jevy
Název v angličtině:	The issue of communication between a social worker and a family affected by socially pathological phenomena
Anotace práce:	<p>Tématem diplomové práce je komunikace sociálního pracovníka a rodinou klienta, postiženého sociálně patologickými jevy. Práce se skládá ze dvou částí. Na část teoretickou a empirickou.</p> <p>Cílem mé práce je zjistit, jaké metody a techniky komunikace s klienty jsou účinné, nejvíce se osvědčují a pomáhají sociálním pracovníkům při specifické komunikaci s rodinami, kde se nacházejí sociálně patologické jevy. Zároveň se pokusím objasnit, kde mají sociální pracovníci problémy při komunikaci a jaké jsou nejčastěji vyskytující se sociálně patologické jevy v rodinách Zlínského kraje.</p> <p>V teoretické části práce definuje důležité pojmy, jako jsou rodina, sociálně patologické jevy, sociální práce, komunikace s rodinou a jiné, které objasní téma celé práce. V empirické části je práce zaměřena na problematiku komunikace sociálního pracovníka konkrétně. Výzkum jsem pojala jako smíšený. V rámci kvantitativního</p>

	<p>výzkumu byly anonymně použity mnou vytvořené standardizované dotazníky. Kvalitativní výzkum probíhal formou strukturovaných rozhovorů. Výsledná data objasnila, které metody komunikace a práce fungují a jsou kladně osvědčené v praxi. Zároveň, kde mají sociální pracovníci problémy v komunikaci s rodinami. Dotazníky jsem záměrně zpracovala tak, aby se ukázalo, které odvětví sociálně patologických jevů se vyskytuje ve vybraném kraji nejčastěji a které jevy mají nejčastější tendenci recidivy.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>Komunikace, patopsychologické jevy, sociální pracovník, rodina, sociální práce, poradenství</p>
<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The topic of the diploma thesis is the communication of a social worker and the client's family affected by socially pathological phenomena. The work consists of two parts. The theoretical and the empirical part.</p> <p>The aim of my work is to find out what methods and techniques of communication with clients are effective, they prove to be the most effective and help social workers in specific communication with families where there are socially pathological phenomena. At the same time, I will try to clarify where social workers have problems in communication and what are the most common socially pathological phenomena in families. In the theoretical part, the work defines important concepts such as family, social pathological phenomena, social work, communication with the family and others that clarify the topic of the whole work.</p> <p>In the empirical part, the work focuses on the issue of social worker communication in particular. I saw the research as mixed. As part of quantitative research, standardized questionnaires created by me were used anonymously. Qualitative research took the form of structured interviews. The resulting data clarified which methods of communication work and are positive in practice, and at the same time where social workers have problems communicating with families. I deliberately processed the questionnaires to show which branch of</p>

	socially pathological phenomena occurs most frequently in the selected region and which phenomena have the most frequent recurrence tendency.
Klíčová slova v angličtině:	Communication, pathopsychological phenomena, social worker, family, social work, counselling
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 : Dotazník Příloha č. 2 : Grafické znázornění výsledků jednotlivých otázek dotazníku Příloha č. 3 : Kritické hodnoty testového kritéria chí-kvadrát Příloha č. 4 : Vzor strukturovaného rozhovoru Příloha č. 5 : Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 1 Příloha č. 6 : Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 2 Příloha č. 7 : Přepis rozhovoru se sociální pracovnící č. 3
Rozsah práce:	73 stran
Jazyk práce:	Český