

Autoregulace emocí dětí a mládeže v diagnostických ústavech

Bc. Michaela Kvaková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Kvaková**

Osobní číslo: **H13921**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Autoregulace emocí u dětí a mládeže
v diagnostických ústavech**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k psychologii emocí a autoregulaci chování u dětí a mládeže v zařízeních pro ústavní výchovu.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření zaměřeného na úroveň autoregulace emocí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GARNEFSKI, Nadia, Carolien RIEFFE, Francine JELLESMA, Mark Meerum TERWOGT a Vivian KRAAIJ. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children. European Child. 2007, vol. 16, issue 1. DOI:

10.1007/s00787-006-0562-3. Dostupné z:

<http://link.springer.com/10.1007/s00787-006-0562-3>.

MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ. Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-825-8.

SVOBODA, Jan. Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0603-3.

STUHLÍKOVÁ, Iva. Základy psychologie emocí. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-282-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0841-3.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Karla Hrbáčková, Ph.D.

Ústav pedagogických věd


Datum zadání diplomové práce:

7. ledna 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

17. dubna 2015

Ve Zlíně dne 7. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- беру на ве́домі, же дипломова́ пра́це буде уложена в електроні́ккє подобє в універзитні́м інформа́ці́ннм систє́мє доступна́ к на́гляднуді;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 13. 4. 2015

.....

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou autoregulace emocí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech. Teoretická část objasňuje emoce, autoregulace a strategie regulace emocí. Diplomová práce se dále věnuje charakterizováním poruch chování a emocí z užšího i širšího pohledu. Závěr teoretické části je věnován školským zařízením pro ústavní výchovu (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav a středisko výchovné péče). Cílem praktické části je prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit míru autoregulace emocí pomocí využití kognitivně-emočních strategií regulace. Zjištěnou míru využití kognitivně-emočních strategií regulace porovnáváme s vnímaným vlivem sociálního okolí dětí a mládeže, které jsou umístěny v diagnostických ústavech.

Klíčová slova: autoregulace, emoce, regulace emocí, kognitivně-emoční strategie regulace, vliv, sociální okolí, ústavní a ochranná výchova, diagnostický ústav, poruchy chování a emocí.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with the issue of self-regulation of emotions among children and youth in diagnostic institutes. The theoretical part explains the emotions, self-regulation and emotion regulation strategies. This is also dedicated to characterizing the emotional and behavioral disorders from a closer and broader perspective. The end of theoretical part is dedicated to educational facilities for institutional care (children's home, children's home with school, educational institution, diagnostic institution and center educational care). The goal of the practical part through a questionnaire survey to determine the level of self-regulation of emotion through the use of cognitive emotional regulation strategies. Determined rate of utilization of cognitive emotion regulation strategies are compared with the perceived influence of the social environment of children and youth who are placed in diagnostic institutes.

Keywords: self-regulation, emotion, emotion regulation, cognitive emotion regulation strategies, influence, social environment, institutional and protective education, diagnostic institution, emotional and behavioral disorders.

Srdečné poděkování patří Mgr. Karle Hrbáčkové, Ph.D. za její odborné rady, metodickou pomoc, cenné rady a čas, který mi věnovala při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem ředitelům, sociálním pracovnícům a uživatelům diagnostických ústavů, díky kterým bylo možno realizovat tento výzkum. Velké díky patří přátelům a kolegům, kteří mě podporovali. Bezmezná díky patří mému příteli za jeho trpělivost a oporu, která mi byla z jeho strany každodenně poskytována. Nejvýznamnější poděkování patří mým rodičům, kteří mě podporovali při zdolávání překážek a útrap během celého mého studia.

„Cit určuje naše ideály, z citu pocházejí motivy našeho usilování, ale správné prostředky musí určovat rozum a jen rozum.“

Tomáš Garrigue Masaryk

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 9 |
| I TEORETICKÁ ČÁST..... | 10 |
| 1 EMOCE..... | 11 |
| 1.1 DRUHY EMOCÍ..... | 11 |
| 1.2 AUTOREGULACE EMOCÍ..... | 14 |
| 1.2.1 Strategie regulace emocí..... | 15 |
| 1.3 EMOČNÍ PROJEVY Z POHLEDU VÝVOJE DÍTĚTE..... | 15 |
| 2 PORUCHY EMOCÍ A CHOVÁNÍ U DĚTÍ A MLÁDEŽE V INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVĚ..... | 18 |
| 2.1 KLASIFIKACE PORUCH CHOVÁNÍ..... | 20 |
| 2.1.1 Pohled medicíny..... | 20 |
| 2.1.2 Sociální pohled..... | 23 |
| 2.1.3 Psychologický pohled..... | 23 |
| 2.1.4 Školní pohled..... | 23 |
| 2.1.5 Konkrétní projevy poruch chování..... | 24 |
| 2.2 PŘÍČINY PORUCH CHOVÁNÍ A EMOCÍ..... | 31 |
| 3 ŠKOLSKÁ ZAŘÍZENÍ PRO ÚSTAVNÍ VÝCHOVU..... | 34 |
| 3.1 DĚTSKÝ DOMOV..... | 36 |
| 3.2 DĚTSKÝ DOMOV SE ŠKOLOU..... | 36 |
| 3.3 VÝCHOVNÝ ÚSTAV..... | 37 |
| 3.4 STŘEDISKO VÝCHOVNÉ PÉČE..... | 37 |
| 3.5 DIAGNOSTICKÝ ÚSTAV..... | 38 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST..... | 40 |
| 4 REALIZACE VÝZKUMU..... | 41 |
| 4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM..... | 42 |
| 4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 42 |
| 4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR..... | 45 |
| 4.4 VÝZKUMNÁ TECHNIKA..... | 48 |
| 4.5 PROMĚNNÉ..... | 49 |
| 4.6 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT..... | 51 |
| 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT..... | 52 |
| 5.1 SHRnutí VÝSLEDKŮ VÝZKUMU..... | 76 |
| ZÁVĚR..... | 81 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 83 |
| SEZNAM TABULEK..... | 89 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 93 |

ÚVOD

Od zrození až do konce svého života se každý jedinec učí díky výchově morálním hodnotám a zásadám společnosti. V průběhu evoluce jedinec nabírá nové schopnosti, vědomosti a zejména zkušenosti, které později utváří jeho identitu. Chování je výsledkem našich emocí. Regulovat své vlastní emoce a chování z nás dělá člověka vyrovnaného a přístupnějšího. Autoregulace je dovednost, která nám dává možnost sledovat, ovlivňovat a hodnotit sebe samotného. Sami sebe dokážeme nejlepší cestou dovést k lepším výkonům.

Seberegulaci pozorujeme na základě sobě vlastních reakcí, které jsou pro nás odpovědí na nepříjemné či příjemné situace, konflikty a učení. Můžeme sledovat i reakce jako výraz z tváře, postavení těla nebo vegetativní dopady na naše tělo. Sebeovládání (self-control) umožňuje kontrolu nad sebou samým, nad našim jednáním, rozhodováním, a hlavně nám pomáhá tlumit okamžité emoce (Hartl a Hartlová, 2010, s. 515)

První kapitola se zaměřuje na problematiku emocí a její dělení, jelikož je však člověk schopen stovky různých emocí, zaměřili jsme teorii na primární emoce, které tvoří mnoho jiných emocí či afektů. Dále se zaměřujeme na autoregulaci obecně, a poté ovlivňováním našich emocí. Jelikož je práce zaměřena na cílovou skupinu dětí a mladistvé, určujeme v podkapitole emoční projevy ve vývoji dětí.

Ve druhé kapitole klasifikujeme a srovnáváme poruchy chování a emocí podle Mezinárodní klasifikace nemocí a různých autorů. Defínujeme poruchy chování z hlediska biologického, sociálního, psychologického a školního. Jednu z podkapitol věnujeme poruchám chování a emocí, které rozpoznáváme v diagnostických zařízeních.

Závěrečná kapitola vystihuje školská zařízení ústavní výchovy. Rozpracováváme podmínky přijetí, rozhodnutí soudu a jednotlivé režimy institucionální péče - dětský domov, dětský domov se školou, výchovný ústav, diagnostický ústav a středisko výchovné péče.

K propojení teoretické a praktické části nám poslouží vypracování kvantitativního výzkumu, který si klade za cíl zjistit míru autoregulace emocí pomocí kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže, jenž jsou umístěni v diagnostických zařízeních. A zjistit souvislost mezi kognitivně-emočními strategiemi regulace a vnímaným vlivem sociálního okolí na uživatele diagnostických zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EMOCE

Psychické jevy mají funkci poznávací, prožitkovou a regulační. Duševní procesy jsou psychickým jevem, které představují současné činnosti, zaměřené na poznávání, city a volní činnosti (cítění, rozhodování aj.). Jejich výsledkem je představa, emoce, cit nebo rozhodnutí. Výsledkem emocí je chování. (Kohoutek, 2002, s. 9)

Pojmy pocit, cit, emoce a afekt se často pletou. Emoce jsou vnitřními reakcemi nebo pocity, které mohou být buď pozitivní (radost) nebo negativní (hněv) Emoce jsou stav, který představuje rozptýlené fyzické změny, poznamenané silnými pocity a impulsy chování, které vedou k dosažení určitého cíle. Emoce jsou jevy, jejichž rysem je proměnlivost a citlivost. Emoce koordinují prožitkové, výrazové a fyziologické systémy reakce. (Statt, 2003, s. 52; Vasta, Haith a Miller, 1992, s. 629; Stuchlíková, 2002, s. 11 a 12) Emoce se dají definovat jako „rozčilení“ organismu, které se projevuje emocionálním zážitkem, emocionálním chováním a fyziologickými změnami v organismu (zejména výraz v obličeji). (Krech a Crutchfield, 1958, s. 230)

Pojmy pocit, cit, emoce a afekt se často pletou. Afekt je pozorovatelnou emocí. Jedná se o probíhající emocionální reakci, jako je hněv, nadšení či radost. Pocit charakterizuje vnitřní stav nebo osobní prožitek jedince. Jedná se o uvědomění si vlastních emocí. Citům se učí jedinec během svého vývoje a má regulativní charakter. Na rozdíl od emocí nepopisuje fyziologické změny, ale je pro ně rozhodující zážitek. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 15 a 76; Borossa, 2002, s. 50 a 51; Müller a Müller, 2006, s. 82) Vymezení emocí, stále ale není celé, musíme zde zahrnout i emocionální vztahy, nálady a emoční epizody. Emoce se rozvíjí krátkou dobu, naopak emoční epizoda je spíše vzorec nebo interakce, tudíž dlouhodobější. Emoční epizodu chápeme jako partnerskou hádku nebo situace, které předcházely smutku. (Stuchlíková, 2002, s. 13 - 15) Nálada je aktuální emocionální stav, který je vyvolán určitým vlivem. Nálada během svého trvání ovlivňuje činnost jedince. Pokud by se stalo, že by toto ovlivňování bylo dlouhodobé, tak může být příznakem poruchy. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 330 a 331) Emoce jsou důležitým aspektem při utváření charakteru. Kořenem jednání a chování jsou právě emoce, afekty, city a pudy. (Kohoutek, 2002, s. 117)

1.1 Druhy emocí

Lidský život je doprovázen emocemi od jeho vzniku do jeho zániku. Emoce prožíváme v bdělém stavu i ve spánku. Rozlišujeme emoce příjemné a nepříjemné, projevy radosti a

smutku. Každá naše zkušenost, kterou jsme nabrali během našeho života, v nás vyvolává určité emoce a pocity. (Müller a Müller, 2006, s. 82)

Rozlišení emocí je nepřeborné množství s vyčerpávajícím informacemi. Anglická literatura odkazuje na stovky typů emocí. Ekman (1972, cit podle Altman a Stockols, 1991, s. 253) popisuje šest základních funkcí: smutek, znechucení, zlost, strach, překvapení a štěstí. Emoce se nejlépe dají dělit na vrozené emoce; emoce vyvolávané stimulací jednotlivých lidských smyslů; emoce, které se vztahují na ostatní lidi (láska, závist, žárlivost); emoce, které se vztahují k ocenění sebe samotného; hodnotící emoce (krása, humor) a nálady. (Krech a Crutchfield, 1958, s. 235) Od raného dětství se setkáváme s emocemi radost, hněv, úzkost, smutek, strach, pocit viny, stud, starost a empatie. Z těchto primárních emocí vznikají sekundární emoce. Z radosti může vzniknout vděčnost a ze smutku naopak zlost. (Nakonečný, 2000, s. 236 - 239)

Radost je zdrojem štěstí, jedná se o pocit příjemného vzrušení při dosažení cíle. Radost patří k povzneseným emocím. Radost je vyvolána, tím, že se něco podaří. Člověk se cítí být významným, jelikož akceptoval sám sebe (přijal sám sebe). Tato emoce je základem solidarity, díky radosti neočekáváme nic „zlého“. Je zajímavé, že pokud je člověk spokojený, optimistický a má radost, musí to lidem v okolí vysvětlovat. Kdežto pokud je pesimistou, tak nikoliv. Slabší formou radosti je pocit štěstí, spokojenost či veselost. Vedle radosti rozeznáváme i smyslovou radost. Jedná se o radost, která je vyvolána smyslovým potěšením (dobré jídlo, koupel nebo poslech hudby). (Hartl a Hartlová, 2010, s. 483; Müller a Müller, 2006, s. 351; Nakonečný, 2000, s. 247 – 248)

Hněv je původně vrozenou reakcí na bariéru, která se staví do cesty při dosahování jistého cíle. Hněv řadíme spíše jako afekt, jelikož jde o krátkodobější reakci. Je to reakce na určitou frustraci, urážku, bezohlednost nebo nevychovanost. Slabší formou hněvu je pocit rozlobení, zuřivost, vztek nebo zlost. Zde se dá hovořit již o emocích v pravém slova smyslu, protože mají dlouhodobější trvání. Hněv může být pochopen jako emocionální motiv, který vyvolává a zvyšuje agresivní chování. (Nakonečný, 2000, s. 259; Hartl a Hartlová, 2010, s. 182; Stuchlíková, 2002, s. 142)

Strach představuje nelibou emoci s vegetativním dopadem na jedince. Vegetativním dopadem se myslí zblednutí, třesot, bušení srdce, žaludeční nevolnost, zvracení, pomočení se atd. Strach signalizuje reakci na nebezpečí, ohrožení, bolest nebo nad ztrátou života. Jedná se o emociální reakci, která vyvolává bezmoc. V hlubinné psychologii existuje strach ze

smrti, z odloučení nebo ze ztráty vztahu s blízkou osobou. Strach je velmi nakažlivý, zejména ve skupinách (důkazem o tom jsou společné útky sourozenců). Slabou formou strachu je obava, zděšení, hrůza a někdy se setkáváme s úzkostí. Existuje strach instinktivní nebo naučený. Strach je užitečnou emocií, jelikož nám pomáhá se rychle orientovat v měnícím se okolí. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 554; Müller a Müller, 2006, s. 390; Nakonečný, 2000, s. 255; Stuchlíková, 2002, s. 145 a 146)

Stud je pocitem hanby. Tento pocit nemusí mít jedinec vůči sobě samému, ale může se stydět za chování rodičů nebo chování skupiny, ke které patří. Stud je získanou emocií během výchovy, jedná se o reakci na porušení normy nebo na provinění. V dospívání se může jednat o vyměšovací stud, kdy se lidé stydí na veřejných toaletách vyměšovat. Stud má významný vliv k pocitům viny a ostýchavosti. Existuje však pozitivní stud, třeba jako reakce na pochvalu, kdy jedinec zčervená. (Hartl a Hartlová, 2010 s. 558; Nakonečný, 2000, s. 269 - 271; Müller a Müller, 2006, s. 392)

Emoce **smutek** znamená stav jedince, který něco ztratil, co mělo pro něj významnou hodnotu. Jedná se o jednu z mála emocí, která není závislá na kultuře, jelikož má stejný výraz. Při smutku jedinci vše připadá beznadějně, nechce se mu do žádné aktivity. Smutek bývá doprovázen vegetativním dopadem jako svalové napětí, pláč, pohubnutí, nechutenství apod. Chvilkovou reakcí na smutek je separace, kdy jedinec nechce být v kontaktu s nikým ze svého okolí. Lehčí formou emoce smutku, je zarmoucení, lítost, pocit neštěstí, žal a extrémní emocií je hořekování, které se projevuje neustálým nářkem a spínáním rukou. Zvláštním druhem smutku je **nostalgie**, kdy jedinec vzpomíná na „staré časy“, domov či vlast. Smutek může vyústit až v sebevraždu. (Stuchlíková, 2002, s. 151; Nakonečný, 2000, s. 251; Müller a Müller, 2006, s. 380; Hartl a Hartlová, 2010, s. 535)

Empatie neboli vcítění se je citovým zážitkem, který má funkci sociální. Empatie představuje vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby. Jedná se o jedince, který umí pracovat se svými emocemi. Jedinec má schopnost číst i neverbální projevy druhého. (Nakonečný, 2000, s. 275; Hartl a Hartlová, 2010, s. 127)

Emoce se dají dělit na pocity, které si jedinec vztahuje ke svému jednání (hrdost, lítost, vina, zahanbení, rozpaky, stud aj.). Další kategorií jsou emoce, které v nás vyvolává osud druhých lidí ze strany, jaký vztah k nim máme. Emoce, které máme kvůli „jiným“ lidem jsou žárlivost, závist, lítost, litování druhých. (Stuchlíková, 2002, s. 158 – 165) Emoce mají i vliv na psychické funkce a to na: učení, motivaci, kognitivní procesy a paměť. (Na-

konečný, 2000, s. 67) Proto je důležité naučit se rozpoznat a následně regulovat své emoce. Jak bylo zjištěno v několika oborech (neurověda, teorie citové vazby, vývojová psychologie aj.), tak rané dětství ovlivňuje emoční self člověka. (Borossa, 2002, s. 58)

1.2 Autoregulace emocí

Autoregulace je známá pod anglickým termínem self-regulation. Self v humanistické psychologii představuje ekvivalent pro ego („já“) v psychoanalýze. Self se vztahuje na část osobnosti, která si je vědoma své identity v čase. Je kombinací psychických a fyzických atributů, které jsou jedinečné pro každé individuum. (Statt, 2003, s. 139; Shaffer a Kipp, 2010, s. 376) Regulace je usměrňování, které jedinci napomáhá k dosažení emocionální vyrovnanosti. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 493) Autoregulace představuje ovlivňování sebe samého na úrovni biologické, psychické i sociální. Autoregulace je proces, pokud jedinec dosáhne stanoveného vnitřního cíle, tak nastane proces sebeodměňování. Pokud však cíle není dosaženo, dostaví se pocity selhání. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 56; Statt, 2003, s. 139)

Boekarts (2011, s. 409) přišla s modelem „Dvojí zpracování autoregulace“ (*The Dual Processing Self-Regulation*), kde popisuje autoregulaci jako soubor dynamických a na sebe vzájemně působících regulačních procesů. Kde dokázala, že ocenění hraje důležitou roli, jelikož pak učební úlohy a situace dávají smysl. Podle ní má autoregulace dva účely:

- rozšiřovat znalosti a vědomosti (aktivity, které se zaměřují na úkoly, které nás vedou vpřed),
- předcházet ohrožení sebe samotného, tím, že naše spokojenost je udržována (aktivity, které se zaměřují na nás samotné),
- chránit něčí závazky pomocí činností, které se mění od zaměření na sebe samotného k zaměření se na úkoly.

Troufáme si říci, že autoregulace spadá pod sebeschéma. Sebeschéma nám pomáhá organizovat, vnímat, zpracovávat a využívat informace, které se vztahují k vlastní osobě. Sebeschéma funguje na základě předchozí zkušenosti. Osobní působení je přesvědčení, že jedinec může ovlivnit významné situace během života. (Atkinson, 2012, s. 559 – 561)

Emoce jsou klíčovým aspektem autoregulace. Tvrdí, že evoluce zachovala emoce, ačkoli se jejich funkce neustále mění. (Baumestier, 2005, s. 142)

Emoce byly donedávna považovány za nevhodné téma pro výzkum. Avšak v současné době se dají emoce již změřit (CERQ, FFMQ aj.) či pozorovat z výrazů tváře, těla a vege-

tativních funkcí (zrychlený tlukot srdce, nespavost). Boekarts (2011, 408) zpracovala studii o emocích, regulace emocí a autoregulaci učení. Ve výzkumu se zabývala tím, jak studenti regulují své emoce ve školní třídě a jak jsou regulace emocí spojené s autoregulací učení.

Regulace emocí se dá zjistit, díky normám expresivity, kde je dána míra emočního výrazu. Ta může vypadat následovně: neprojevím nic; skrývám své pocity za úsměv; projevím, méně, než cítím; projevím emoci, a přitom se usmívám; projevím to, co cítím; projevím mnohem více, než co cítím. (Slaměník, 2011, s. 66)

1.2.1 Strategie regulace emocí

Strategie regulace emocí jsou popsány nejen emočním výrazem a potlačením, ale představují přecenění situace, popírání a rozptýlení situace, vyhýbání se a útekem od situace, manipulaci, poskytování a získávání sociální podpory (Boekaerts, 2011, s. 418) Naopak existují i kognitivně-emoční strategie regulací jako sebeobviňování, obviňování ostatních, přemítání nad situací, přijetí události, pozitivní změna zaměření, pozitivní přehodnocení, plánování, zveličování a uvedení do souvislostí (Garnefski et al., 2007, s. 1-9). Carl Rogers tvrdil, že individuum má tendenci k aktualizaci, což znamená, že směřuje k pozitivní změně, zralosti a k růstu. Sám řekl: *Nevěřím svým emocím.*

1.3 Emoční projevy z pohledu vývoje dítěte

Během prenatalního období nelze určit emoce dítěte. Je známo, že se u nenarozeného dítěte projevuje temperament, díky množství a intenzitě pohybů. Je prokázáno, že dítě v pozdějším prenatalním období je schopno reagovat na zvukové podněty. Pokud s dítětem často mluví matka, pozná její hlas i po porodu a je mnohem klidnější. Ihned po porodu se dává dítě matce, je to z důvodu navázání vzájemného kontaktu. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 40-47, 58)

Novorozenec spí kolem 20 hodin denně, když je bdělý, učí se naslouchat zvukovým efektům apod. Novorozenec prožívá intenzivně bolest, neboť ji umí rozpoznat, v takovém případě většinou dítě křičí. Novorozenec prokazuje schopnost učit se a začleňuje okolí do své paměti, i když krátkodobě. V praxi to znamená, že když novorozence nevidíte každý den, tak na vás druhý den zapomene. Tón hlasu novorozence odráží jeho současné emoční naladění. Výraz, který nacházíme v obličeji novorozence, odráží základní emoce, jako radost, zájem, odpor, nepohodlí. Emoce a jejich výraz jsou prvním jazykem komunikace. Odpor představuje u novorozence spíše odpověď na kyselou chuť jídla a jedná se o negativní

emoci. Pokud mluvíme o synchronizaci pozornosti a emocionality, tvrdíme, že citlivá matka nebo otec dokáže utišit dítě. U novorozence vidíme sociální interakci, tedy sociální vývoj. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 48 – 57; Slaměník, 2011, s. 66)

Sociální a emoční vývoj v kojeneckém období se vyznačuje zejména sociálním úsměvem, kdy dítě se usmívá na každého (na matku i cizího člověka), avšak rozpozná matku a jde to vidět z živější reakce. Rozlišuje sociální vazbu negativními emocemi, které se projevují separační úzkostí (odloučení od matky) a na strach z cizích lidí. Pro správný vývoj dítěte je důležité, aby cítil přítomnost známé osoby, jinak se může vývoj dítěte narušit. Dítě si začíná utvářet představu o sobě samém. Je to viděno při tom, když se dítě chytá za nohy apod. Poznávání vlastního „já“ jde vidět v reakci dítěte na svůj vlastní odraz v zrcadlo, kdy si s ním hraje a „mluví“ na něj. Objevují se zde i negativní emoce: strach, hněv, smutek, znechucení. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 58 - 60)

Od batolecího období smíme přiřazovat určité emoční projevy určitým prožitkům, jelikož od této doby pozorujeme u dítěte mimiku, hlas a pohyby. Batolecí období je pro dítě obdobím nezávislosti a osamostatnění se (díky možnosti se volně pohybovat po vlastních nohách). Nejnápadnější je rozvoj řeči, dítě se pořád ptá, co to je a proč to tak je. Získává sociální dovednosti, zejména v oblasti starání se o sebe sama. Poprvé se u batole projevují výbuchy zlosti, kde však případné potrestání by nemělo smysl, neboť trest nechápe. Stále by se dítě nemělo na delší dobu separovat od matky, kvůli jeho příznivému osobnostními vývoji. V pozdější batolecím věku, je dítě schopno se samo kontrolovat, svou vůlí ovládat svěrače. U batolete je počátek rozvoje empatie a prosociálního chování. V závislosti na kognitivním vývoji dítěte se utváří emoce seberegulace a sebeuvědomění (hrdost, rozpaky, ostýchavost, vina aj.). (Slaměník, 2011, s. 70; Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 61 – 67)

Hra charakterizuje předškolní období, pomáhá rozvíjet iniciativnost, tvořivost, lepší porozumění ostatním věcem a přináší radost. Doposud dítě vždy, co mělo na mysli, to i řeklo. Naopak v tomto období kolem čtvrtého a pátého věku se dítě řídí podle „vnitřní řeči“. V šestém věku je dítě schopno se soustředit. Předškolák rozvíjí složité emoce: stud, hrdost, závist a čelí negativním emocím ve hře - vztek, hněv, nepřátelství (Slaměník, 2011, s. 73) Dítě na konci tohoto období je před první „zkouškou“ a tím je školní zralost, která nám určuje, zdali je dítě připraveno na to, jít do školy. Dítě začíná myslet logicky, má zásobu vědomostí a zkušeností. Na konci toho období by mělo být citově a sociálně zralé (samo-

statné, nevadí mu chvilkové odloučení od rodičů, kontrola popudů a jednání). (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 69 – 81)

Pro mladší školní věk je důležitým školní úspěšnost či neúspěšnost. Pokud má dítě ve škole dobrý prospěch, je to známkou příznivého rozumového, sociálního a citového vývoje. Naopak pokud se dítě potýká se špatným prospěchem, tak se mu dá nálepka „méně nadané dítě“ aj. Jeho výkon se bude i dále zhoršovat, pokud nezasáhnou rodiče a ostatní dospělí v jeho okolí. Dítě se špatným prospěchem se musí vypořádat s pocity méněcennosti a klesá i jeho sebecit a sebehodnocení. Někdy školní neúspěšnost kompenzuje oblíbenost ve skupině. V pozdějším věku však skupiny mohou mít negativní vliv na jedince. Rodiče podporují vývoj myšlení. Dítě v mladším školním věku se začíná setkávat i s jinými autoritami než jsou jen rodiče (učitelé, vychovatelé), s tím je spojeno poznávání abstraktních hodnot, jako spravedlnost, pravdivost a poctivost. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 82, 85) Tyto hodnoty si osvojuje v pozdějším období. Rozšiřuje schopnost předvídat vlastní emoční stavy a stavy osob kolem něj (Slaměnik, 2011, s. 74).

Období dospívání je životní úsek ve všech oblastech vývoje, od pohlavního zrání až do získání statusu dospělého. Důležité pro toto období jsou nové silné pudy, zejména sexuální a jejich následná kontrola. Děti a mládež jsou schopny chápat pojmy spravedlivý a pravdivý, dokáží se dívat na problém z různých stran, nespokojí se jenom s jedním řešením. Mládež dokáže kritizovat autority, ale uvědomuje si úctu, ve které je musí chovat. Chápu morální hodnoty a osvojují si je. Z pohledu emočního vývoje dochází k emoční labilitě. V jednu chvíli je jedinec v depresi a ve druhé chvíli v povznesené náladě. Velmi časté jsou výbuchy, jedinci reagují nepředvídatelně a impulzivně. Například se děti poperou, ale už si neuvědomují následky nebo potíže, které z toho mohou plynout. V tomto období se mládež odpoutává od rodičů a podporu hledá u svých vrstevníků. K tomuto všemu dítě hledá své role a existenci ve společnosti. (Langmeier, Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 86 - 91)

2 PORUCHY EMOCÍ A CHOVÁNÍ U DĚTÍ A MLÁDEŽE V INSTITUCIONÁLNÍ VÝCHOVĚ

V České republice během posledních třiceti let vzrůstá zájem o oblast specifických vývojových poruch, nejen po stránce teoretické, ale i v rámci školské praxe. (Kucharská a Chalupová, 2006, s. 76) Tento nárůst vznikl kvůli vysvětlení termínu chování, kdy je chování vhodné či nevhodné, žádoucí či nežádoucí. Chování je *souhrn vnějších projevů, činností, jednání a reakcí organismu na vnější i vnitřní podněty* (Hartl a Hartlová, 2010, s. 202, 203). Patří zde i slovní projevy, jelikož chování odráží i myšlení. Poruchy chování představují společenský problém, který jeden vědní obor není schopen vyřešit (medicína, psychiatrie, sociologie atd.), ale společně se jim to daří. Podle Theinera (2007, s. 85) je nejtěžší pro diagnostikování poruchy chování odlišení normální agrese od pervazivních vývojových poruch (Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, autismus) až po „nepsychiatrické“ problémové chování. Ojedinelé kriminální činy, vzdorovité chování, záškoláctví nelze považovat za poruchu chování. Aby tyto disociální činy splňovali poruchu chování, musí trvat nejméně 6 měsíců a dále splňovat kritéria MKN - 10.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2014, s. 251) definuje poruchy chování jako opakované a přetrvávající asociální, agresivní a vzdorovité chování. Toto chování by mělo mít trvalejší ráz (minimálně 6 měsíců), kdy je mnohem závažnější než jen dětské zlobení nebo rebelantství dospívajících. Pro diagnózu stačí jeden problém z typů chování, které je však výrazný. Mezi problémy vidíme týrání, záškoláctví, útoky z domova, silné výbuchy vzteku, krádeže, pyromanie, krutost ke zvířatům, šikana, lhaní a nekázeň. Matějček (2011, s. 299) rozlišuje poruchy chování podle věku: u dětí, u mládeže a dospívajících. Také rozlišuje poruchy lehčího a těžšího stupně. Společným rysem pro obě skupiny je asociální projev, který ovlivňuje širší okolí jedince.

Do problémového chování řadíme i delikventní chování, který označujeme jako delikvence. Delikvence představuje typy jednání, které porušují sociální normy. Na delikventní chování nás upozorňuje predelikventní chování. Jedná se o takové chování, ze kterého se může vyvinout trestná činnost (útoky z domova, agresivní napadání spolužáků, záškoláctví). K delikventnímu a predelikventnímu chování má dispozice riziková mládež. (Matoušek, 2011, s. 311 - 314) Rizikovou mládeží označujeme dospívající, u kterých je vysoká možnost selhání, buď v psychické nebo v sociální oblasti. (Labáth, 2001, s. 11)

Jelikož jedním z projevů problémového chování označujeme začínající adiktologii (Tesařová, 1997; Fisher a Škoda, 2014, s. 29) setkáváme se s termínem závislostní chování. Závislostní chování je multidisciplinární problém, jelikož se zde mísí vlivy sociální, pedagogické, psychologické i biologické. Vznik závislosti je postupný a má určitou dynamiku. Závislost se stává částí ustáleného způsobu jednání. Za závislostní chování označujeme hraní na automatech, sexuální chování, sledování televize, závislost na sektách a náboženských skupinách, závislosti na hubnutí a jídle, alkoholu, drogám a cigaretám. Nejdůležitějším kritériem pro závislostní chování je neschopnost kontrolovat své chování. (Mühlpachr, 2008, s. 56, 57)

Atkinsonová (2003, s. 525 -) označuje problémové chování jako abnormální chování, kde vysvětluje tenkou hranici mezi normalitou a abnormalitou na základě čtyř kritérií:

- odchylka od statistické normy,
- odchylka od sociální normy,
- maladaptivnost chování,
- osobní potíže.

Z hlediska odchylky od statistické normy je abnormální chování statisticky vzácné. Jedinec, který svou inteligencí, výškou, váhou nebo mimořádným štěstím klasifikujeme jako abnormálního. Na základě odchylek od sociální normy, bereme v úvahu normy pro přijatelné chování, které stanovila společnost. Kritickým bodem pro dané kritérium je však fakt, že člověk v České republice, který slyší hlasy v hlavě je schizofrenik, ačkoli jedinec z afrických kmenů, který je taky slyší, je šaman nebo vyvolený, neboť on mluví s bohy a dušemi. Nejdůležitějším kritériem pro vyjádření abnormálního chování je maladaptivnost chování, které určuje, zdali abnormální chování nemá nepříznivý vliv na blaho jedince a danou sociální skupinu. Čtvrté kritérium – osobní potíže, řeší abnormalitu jen jako pocit osobního strádání individua než na jeho projevy chování. Normalitou Atkinsonová myslí přiměřené vnímání reality, schopnost ovládat své chování, přiměřené sebevědomí a akceptace, schopnost vytvářet citové vazby, činnorodost.

Vedle poruch chování se často objevují poruchy emocí. Řadíme zde nadměrné rozjaření a nadměrná sklíčenost (mánie a deprese), snížená sebekontrola vyústěná v záchvat zuřivosti, nepřírozené střídání nálad, úzkostné ladění, netrpělivá až agresivní nálada, citová apatie a řadíme zde i iracionální strachy – fobie. (Nakonečný, 2013, s. 356) Z hlediska fobii v diagnostických ústavech je nejtypičtější školní fobie. Ovšem i zde se musí rozdělovat

školní fobie od záškoláctví, kde chybí existence úzkosti. Dítě, které trpí školní fobií, nemá separační úzkost, jelikož nemá strach odloučení se od matky nebo od jiné osoby, ale má strach ze situací, které mohou nastat ve škole. (Svoboda, 2001, s. 586, 587) Mnohdy je velmi těžké určit, jakou poruchou chování nebo poruchou emocí dítě či mladistvý trpí. Není to jednoznačně určitelné, mnohdy existují i kombinované formy poruch chování.

2.1 Klasifikace poruch chování

Poruch chování a jejich klasifikací je široké spektra. Existují klasifikace poruch chování z hlediska medicínského, sociálního, psychologického (dimenzionálního) a školního. (Vojtová, 2008, s. 63 – 68) Záleží na odborníkovi, z jakého pohledu vědeckého oboru bude na daný problém nahlížet. Odborník může být lékařem, pedagogem, etopedem, sociálním pracovníkem, psychologem aj.

2.1.1 Pohled medicíny

Poruchy chování a emocí se diagnostikují v dětství či v dospívání. Rozdělení nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí od WHO (2014, s. 250-257) Přehledné rozdělení poruch chování a emocí se začátkem v dětství a v dospívání naleznete v Tabulka 1. Medicínský pohled je však strohý a slouží pouze k odlišení jednotlivých poruch chování a emocí od sebe. Abychom mohli určit jakou speciálně pedagogickou pomoc dítě, nebo mladistvý potřebuje, musíme brát v potaz i příčiny jeho chování a prostředí ve kterém se dítě pohybuje.

Tabulka 1 Kategorizace poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání podle MKN – 10.

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| F90. Hyperkinetické poruchy | Poruchy aktivity a pozornosti | Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou |
| | | Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou |
| | Hyperkinetická porucha chování | Hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování |
| | Jiné hyperkinetické poruchy | |
| | Nespecifikované hyperkinetické poruchy | Nespecifikovaná hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání |
| | | Nespecifikovaný hyperkinetický syndrom |
| F91. Poruchy chování | Porucha chování vázaná na vztahy k rodině | |
| | Nesocializovaná porucha chová- | Porucha chování samotář- |

| | | |
|--|--|---|
| | ní | ského agresivního typu Nesocializovaná agresivní porucha |
| | Socializovaná porucha chování | Porucha chování skupinového typu Skupinová delikvence Poklesky v souvislosti s členstvím v gangu Krádeže s partou Záškoláctví |
| | Opoziční vzdorovité chování | |
| | Jiné poruchy chování | |
| | Nespecifikovaná porucha chování | Nespecifikovaná porucha chování v dětství |
| F92. Smíšené poruchy chování a emocí | Depresivní porucha chování | Porucha chování F91. sdružená s depresivním onemocněním F32. |
| | Jiné smíšené poruchy chování a emocí | Porucha chování F91. spojená s emoční poruchou F93. Porucha chování F91. spojená s neurotickou poruchou F40. – F48. |
| | Nespecifikovaná smíšená porucha chování a emocí | |
| F93. Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství | Separáčnická úzkostná porucha v dětství | |
| | Fobická anxiózní porucha v dětství | |
| | Sociální anxiózní porucha v dětství | Úniková porucha v dětství nebo v dospívání |
| | Porucha sourozenecké rivality | Sourozenecká žárlivost |
| | Jiné dětské emoční poruchy | Poruchy identity Nedměrně úzkostná porucha |
| | Nespecifikovaná dětská emoční porucha | |
| F94. Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a dospívání | Elektivní mutismus | |
| | Reaktivní porucha přichylností dětí | |
| | Porucha desinhobovaných vztahů u dětí | Citově chladná psychopatie Syndrom ústavního dítěte |
| | Jiné dětské poruchy sociálních funkcí | |
| | Nespecifikovaná porucha dětských sociálních funkcí | |
| F95. Tiky | Přechodná tiková porucha | |
| | Chronické motorické nebo vo- | |

| | | |
|--|---|---|
| | kální tiky | |
| | Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (de la Tourette) | |
| | Jiné druhy tiků | |
| | Nespecifikovaná tiková porucha | Nespecifikovaný tik |
| F98. Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání | Neorganická enuréza* | Enuréza (primární nebo sekundární) neorganického původu |
| | | Funkční enuréza |
| | | Psychogenní enuréza |
| | | Inkontinence moče neorganického původu |
| | Neorganická enkopréza** | Funkční enkopréza |
| | | Inkontinence stolice neorganického původu |
| | | Psychogenní enkopréza |
| | Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku | Rimanční porucha kojenců |
| | Pika kojenců a dětí | |
| | Stereotypní pohybové poruchy | Porucha stereotypního návyku |
| | Koktavost (zadržávání v řeči) | |
| | Breptavost | |
| | Jiné určené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytující se obvykle v dětství a v dospívání | Nedostatek pozornosti bez hyperaktivity |
| | | Nadměrná masturbace |
| Kousání nehtů | | |
| Dlouhání v nose | | |
| Neurčené poruchy chování a emocí, se začátkem vyskytující se obvykle v dětství a v dospívání | Cucání palce | |
| | | |

*Porucha charakteristická mimovolním únikem moči v noci i ve dne, je nepřiměřená věku jedince.

**Porucha charakteristická mimovolním únikem stolice, která je v sociální nebo kulturní situaci nevhodná.

Porucha opozičního vzdoru předchází vzniku poruchy chování. Dítě je odmítavé, neposlušné často vzdoruje a je nepřitelem každé autoritě. Dítě trpící touto poruchou často obviňuje ostatní ze svého chování. Velmi časté je hádání se s dospělým, ať s rodičem, vychovatelem nebo pedagogem. Mnohdy se stává, že dítě, které má tuto poruchu, tak zároveň trpí ADHD nebo poruchou učení. Syndrom ADHD a ADD se řadí mezi hyperkinetické poruchy, ovšem i zde je pravidlo. Hyperkinetické poruchy chování se užívá tehdy, pokud syndromy ADHD a ADD splňují současně kritéria poruch chování i poruchu pozornosti. Hy-

perkinetické poruchy představují specifické poruchy chování, které jsou zodpovědné za regulaci a řízení projevů chování. V literatuře se objevuje zkratka LMD, která představuje lehkou mozkovou dysfunkci, je to téměř stejné jako syndromy AAD či ADHD. Poruchy LMD mají organické postižení centrální nervové soustavy a tím se odlišují od syndromů ADD a ADHD. Dítě trpící hyperkinetickou poruchou, má výkyvy v náladách (výbuchy), slabou koncentraci pozornosti a je neklidné. (Svoboda, 2001, s. 665 - 668) U ADHD existují tři podskupiny: kombinované, s převahou hyperaktivitu a s převahou nepozornosti. (Train, 2001, s. 60-67)

2.1.2 Sociální pohled

Poruchy chování z pohledu sociálního se zaměřují na charakter jedince, tedy zejména na konflikt jedince se sociálním prostředím. Tyto poruchy chování se obvykle označují jako disociální, asociální a antisociální. Normální chování se označuje jako chování prosociální, kdy se snažíme pomáhat druhým. Disociální porucha chování představuje jedince, který je společensky nepřizpůsobivý a má sklony ke kriminálním činům. Takový to jedinec není proti společnosti a jejím normám, je bez nenávisti. Asociální poruchou chování se myslí už nesociální jednání, které se vymyká normám společnosti, nýbrž však neničí společenské hodnoty. Naopak antisociální chování zahrnuje nenávist ke společnosti a jejím hodnotám. Vyznačuje se nejvyšší mírou společenské nebezpečnosti. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 203, 206)

2.1.3 Psychologický pohled

Vágnerová (1997, s. 70) rozlišuje poruchy chování jako agresivní a neagresivní chování, avšak podotýká, že není přesně vymezená hranice mezi těmito typy chování a většinou se kombinují. Neagresivní chování představuje chování, které není spojené s agresivitou (lži, záškoláctví, útky), ale dochází k porušování sociálních norem. Násilí, násilné porušování a omezování práv jiných osob se sdružuje v agresivní chování. Problémové chování určují násilné chování, vandalismus či týrání.

Nevyzrállost

2.1.4 Školní pohled

Porucha emocí a chování ovlivňuje rozvoj jedince, jak jeho vzdělávání, tak i jeho přípravu na zaměstnání či samotnou práci. Poruchy chování vyplývají z konfliktu se spolužáky nebo z konfliktu se sebou samým – záškoláctví, lhaní, krádeže. Dále mohou být spojené

s násilím, jako loupež nebo agrese, šikana. Poruchy chování často souvisí s adiktologií – závislost na automatech, toxikomanie. (Cole, Visser a Upton, 1998 cit podle Vojtová, 2008, s. 67) Ve školním zařízení jsou viděny kázeňské problémy, prospěchové problémy a nepříznivé hodnocení ostatních institucí. Hodnotit je můžou pedagogové, školy (psané doporučení na střední školy), psychologové a rodiče. Nejčastější chybou sociální percepce je právě etiketizace, zejména ze strany pedagogů. Pokud na základní škole „neposlušné“ dítě dostane takovou nálepku, je těžké se od ní oprostít.

V diagnostických zařízeních se rozdělují třídy dle současné potřeby zařízení. Pokud zařízení nabízí 20 míst pro děti, tak stačí 3-4 třídy, které se rozdělují podle věku, pohlaví, tříd, rozdělení na první stupeň a druhý stupeň ZŠ, nezletilé matky s dětmi, poruchy chování, společné problémy v chování, záškoláctví (problém gramotnosti) aj.

2.1.5 Konkrétní projevy poruch chování

Podle kurátorů, které oslovila Tesařová (1997, cit podle Matoušek, 2012, s. 153) v jejím výzkumu, jsou nejčastějšími problémy dětí a mládeže, které vedou k návrhu na ústavní výchovu: útěky z domova, protiprávní jednání (provinění, přestupky, trestná činnost), začínající adiktologie, sexuální promiskuita, členství v závadové partě, zahálčivý způsob života, nerespektování rodičů a množství výchovných opatření, které byly uplatněny před návrhem ústavní výchovy. Matějček (2011, s. 299-316) dělí poruchy chování na lhaní, krádeže, záškoláctví, útěky z domova, toulky a čachrování. Večerka, Štěchová a Holas (2000, s. 83) doplňují tuto klasifikaci o závislosti, alkoholismus a drogy, kriminalitu a delikvenci, šikanu, syndrom CAN, rizikové sexuální chování a vandalismus.

Lhaní se vyskytuje jako problém přidružený k jiným problémům, zejména školním. Lhaní nacházíme v nejtělejší okoli dítěte. Děti lžou zejména rodičům, vychovatelům a učitelům ve škole. Děti lžou, až do poslední chvíle, dokud je naděje, že se jim na lež nepřijde. V psychologickém poradenství se zaměřuje na dítě, proč lže, v čem lže a za jakých okolností. Je to z důvodu vyloučení poruchy chování. Ve většině případů se přijde na to, že se jedná o pouhou fantazii, kde dítě chce, aby se mu splnili jeho sny (vymyšlení si vysněného kamaráda nebo sourozence, kterého dítě nemá). Takové to lhaní se označuje jako lhaní bájevé, dítě na sebe upoutává pozornost (Hartl a Hartlová, 2010, s. 286). Nebo se jedná o únik dítěte z reálného světa do světa fantazie. O lžích v pravém slova smyslu začínáme přemýšlet od té doby, kdy je dítě schopno přijímat pravidla. Poté rozlišujeme různé formy lhaní: zapírání, svádění něčeho na někoho jiného, podvod ve vlastních prospěch. Zapírání a

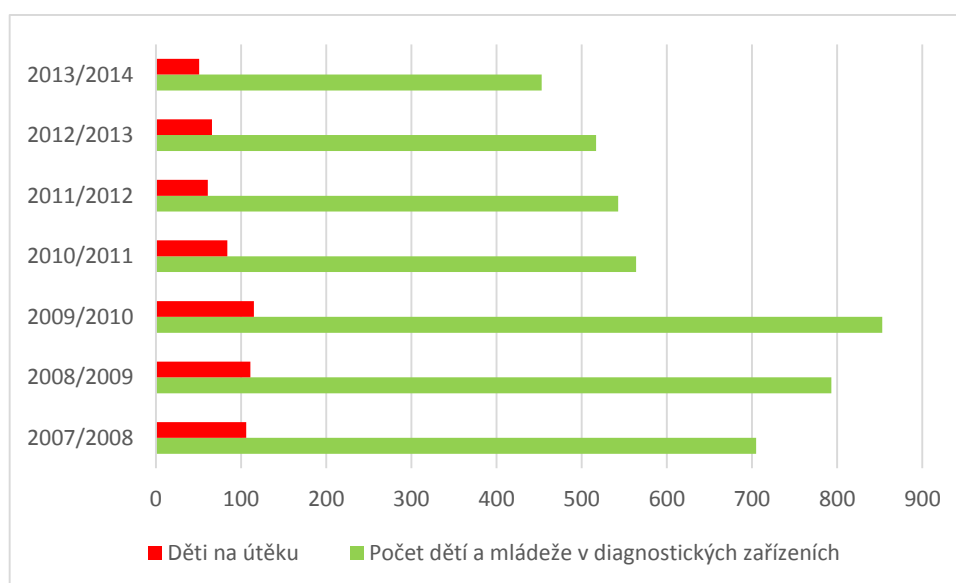
vymlouvání představuje 90 % případů lhaní. Z těchto případů lhaní jsou nejčastější zapírání školních úkolů, špatných známek a zejména poznámek. Doma to jsou případy rozbitého talíře nebo zničeného koberce apod. U dospívajících jsou to lži z oblasti intimity, kdy lžou rodičům o tom, s kým se stýkají a co dělají. Morální problém představují lži, jejichž obětí je někdo druhý. Jedná se o poškození druhé osoby, kvůli žárlivosti, závisti nebo pomsty. U žáka školního věku je vždy asociální problém závažný a musí se řešit, neboť nemá postih jen u oběti, ale i u viníka. **Podvod** ve vlastní prospěch je nejzávažnější přestupek ve lhaní. Jedná se o podvody, nad kterými dítě přemýšlelo, plánovalo a připravovalo. Nejedná se o malé podvody, jako je přepisování známek v žákovské knížce. (Matějček, 2011, s. 300-305)

Krádeže jako problém v chování má různé formy. Rozdělují se na krádeže doma a ostatní krádeže. Pokud dítě krade doma, například peníze z peněženky nebo věci a dává je druhým, nebo jiným dětem za to něco kupuje. Motivace je jasná – chce si koupit zájem a přátelství ostatních dětí. Pokud dítě krade věci a peníze pro sebe, tak si kompenzuje nižší citovou potřebu. Chce mít něco svého. V některých případech jedinec krade peníze, proto aby si koupilo věc, po které touží. Například mladistvý ukradne peníze a koupí si autíčko, přitom by se měl věnovat přípravě na střední školu. Kdyby mladistvý chtěl, rodiče by mu věc koupili, musel by si však vyslechnout „přednášku“. O mnoho závažnější jsou krádeže v partě nebo pro partu. Děti si nic nekompensují, ale chtějí se osvědčit partě. Jedná se o drobné krádeže cigaret a jiných výrobků v samoobsluhách. Děti kradou, jelikož se chtějí vyrovnat starším dětem z party. Poruchou chování v tomto případě je kleptomanie, kdy se jedná o neodolatelnou touhu krást nejrůznější věci. Kleptomanie se řeší psychiatrickou péčí jedince. Tím, že se děti přiznají vinu (po dlouhém lhaní a svalování viny na ostatní), tak ze sebe snímají pocit viny. (Matějček, 2011, s. 305-309)

Záškoláctví je socializovaná porucha chování, kde se jedná dlouhodobější nepřítomnost ve škole bez svolení absence od zákonného zástupce dítěte (WHO, 2014, s. 251). Záškoláctví začíná jako impuls „nejdu na hodinu“ nebo „nebudu dnes ve škole“, který se prodlužuje na řadu dní i týdnů. Je řada důvodů, proč nechce dítě jít do školy. Může se jednat o strach ze zkoušení nebo ze špatné známky, odpor k učiteli, pocit nejistoty a tísně ve společnosti jiných dětí a zejména je to příslušnost k partě dětí, kde záškoláctví je jedním z jejich prvků. Když se postupně záškoláctví mění z dnů na týdny a měsíce prvotní impuls se může ztrácet a přichází nový podnět, proč nechodit do školy a to je strach z prozrazení nebo strach z rodičů a pedagogů. Pokud dítě záškoláctví provádí opakovaně, signalizuje to sníženou

frustrační toleranci. Na záškoláctví se poohlíží i z důvodu věku, čím je dítě mladší, tím je to závažnější porucha. (Matějček, 2011, s. 309-311)

Útěky jsou nejvíce stresujícími, a zároveň demotivující poruchou chování pro rodiče a vychovatele, jelikož neví, proč dítě uteklo a strachují se o něj. Rozlišujeme dvě formy útěků: impulzivní a plánované útěky. Impulzivní útěky mohou být z obavy před fyzickým trestem, ponižujícími pocity, které by zažilo při mluvě s rodiči nebo utíká, aby se vyhnul rodičům. Plánované útěky mohou být z pomsty, která je zaměřená na rodiče nebo jen na jednoho rodiče. Dítě utíká k rozvedenému otci nebo k babičce, kde očekává pochopení pro jeho útěk. Mezi plánované útěky, řadíme i útěky ve skupinách za dobrodružstvím. V institucionálních zařízeních děti utíkají za rodiči nebo kamkoliv jinam. (Matějček, 2011, s.311, 312) Ve většině případů je rodiče, policie přiveze zpět do zařízení, nebo se po týdnu vrátí sami. Podle školských statistických ročenek (MŠMT, © 2014) se útěky z diagnostických zařízení snižují. Největší zaznamenaná útěky byly v letech 2007/2008, kde tvořili 15% z celkového počtu dětí. Naopak nejmenší zaznamenané útěky jsou v letech 2011/2012 (11,2%) a v letech 2013/2014 (11,3%).



Graf 1 Útěkovanost dětí z diagnostických zařízení

Toulky se u dětí školního věku vyskytují zřídka. Většinou se jedná o odvozenou poruchu chování, protože jim často předchází útěky, kde si dítě „zakusí“ samotu a samostatnost. Toulání je příznakem nepřipoutanosti k lidem ani k místu, jako je domov. Může se jednat o protest na konfliktní situaci ze strany dětí. Pokud by se jednalo o toulání v rámci sociální hyperaktivity, je velký problém, že dítě půjde s kýmkoli, kdykoli a kamkoli. Dítě se nestará

o jeho budoucnost. Existuje poriomanie, což je chorobné toulání bez cíle s nutkavou potřebou. (Matějček, 2011, s. 314; Hartl a Hartlová, 2010, s. 415)

Vyměňování věcí, obchodování, drobné podvody nebo „půjčování“ u dětí staršího školního věku, představuje pojem **čachrování**. Rodiče a škola často nepostřehnou, že se to děje, až později, kdy rodiče si přicházejí stěžovat do škol, že jejich dětem chybí drahé věci, které jim koupili. Děti to dělají ve snaze vytáhnout se před ostatními nebo se zapojit do jakési hry. Problémem zde je, že shánění věcí pro toto čachrování, může být nebezpečné pro dítě, kvůli kontaktu s cizími osobami, se kterými „na ulici kšeftuje“. (Matějček, 2011, s. 315, 316)

Agresivní chování je současně největším problémem jak z hlediska školství, tak z hlediska domácího prostředí jedince. Z psychologického hlediska má agrese za cíl poškodit nejen druhého člověka, ale i přírodu, věci nebo sebe samého. Jedná se o vrozenou vlastnost, která slouží k adaptaci, sebeprosazení, obraně či udržení života jedince. (Poněšický, 2005, s. 22) Agresivní chování posiluje pocit moci a prestiž. Agrese je synonymem pro násilí a útočnost. (Matoušek, 2008, s. 21) Agrese jako negativní projev v kolektivu se musí řešit individuálně, nelze totiž všechny agrese řešit stejně a brát na ně „stejný metr“. Typické pro agresi je stupňování. Prvotním agresivním projevem bývá gesto, následuje slovní spojení a zvýšení intonace hlasu. Pokud si jedinec neuvědomí, že je v konfliktní situaci a nesnaží se zastavit ji, pak přichází agresivní projev. Danek (2007, s. 95-97) rozlišuje druhy, formy a typy agrese. Druhy agrese zaměřuje na agresivní chování, které je namířeno osoby, zvířata, přírodu, majetku a psychiky. Dále rozeznáváme čtyři formy agrese:

- bezprostřední agrese představuje útok agresora na oběť,
- zprostředkovaná agrese označuje jinou osobu, která je mezi agresorem a obětí, tento článek je využíván k tomu, aby zprostředkoval agresivní chování od agresora na oběť,
- fyzická agrese je fyzické napadení oběti,
- verbální agrese představuje slovní napadení oběti, popichování partnera, vyhrožování, nadávky.

Mezi typy agrese řadí agresi emocionální, instrumentální, benigní, maligní, autoagresi a heteroagresi. Heteroagrese představuje jakoukoliv formu agrese, která je zaměřená na okolí. Autoagrese je agrese namířena vůči vlastní osobě. Agrese maligní je krutá a slouží jedinci k uspokojení jeho prožitku, který mu maligní agrese přináší. Benigní agrese je obran-

ná a slouží k přežití jedince. Jakmile nehrozí ohrožení jedince, tak tato agrese zanikne. Instrumentální agrese je vědomě kontrolovaná a připravovaná, slouží k dosažení stanoveného cíle. Agrese emocionální je afektivní agresí, která je charakteristická silnými negativními emocemi. Samotná emocionální agrese je již cílem.

Agrese ve školním prostředí nastává mezi vrstevníky a dělí se na: individuální agresi, skupinovou agresi a šikanu. Individuální agrese je projev negativního vztahu určitým jedincem. Vzniká spontánně, díky slovní potyčce nebo při méně závažné rvačce. Ostatní členové kolektivu tuto agresi neberou v potaz, jelikož je pro ně stereotypní. Skupinová agrese představuje negativní chování více jedinců z kolektivu, které je směřováno k jednomu nebo k více vrstevníkům. Skupinová agrese bývá namířená soustavně proti jedné oběti maximálně 3 měsíce, pak si kolektiv vybere jinou oběť. Nejedná se nikdy o spontánní agresi, ale o jasně vymezenou. **Šikana** je dlouhodobým jevem agrese, který je namířený proti jedinému vrstevníkovi. Šikana trvá déle než tři měsíce. (Svoboda, 2014, s. 60-62)

Kolář (2005, s. 27-46) rozděluje šikanu ze třech různých pohledů. Na šikanování jako nemocné chování, závislost nebo jako poruchu vztahů ve skupině. Z pohledu nemocného chování vidíme šikanování, jako patologické chování. Jedná se o úmyslný čin, kdy jeden nebo více vrstevníků týrá, zotročuje a ponižuje své spolužáky/a pomocí manipulování a agrese. Fyzická agrese se může projevovat mlácením či škrcením oběti nejrůznějšími předměty, lepením žvýkaček do vlasů nebo stříháním vlasů. Oběť může být vystavena hromadnému kopání a bití. Slovní agrese je charakteristická vyhrůzkami ze zabití, mučení a z násilí. Nebo se agresori vysmívají rodičům oběti, slabosti, neúspěchy nebo handicapu oběti. Agresori se často posmívají a zesměšňují své oběti. Jako další zastávkou v oblasti nemocného chování jsou krádeže, ničení a manipulace s věcmi, kde si představujeme odebrání, ničení, trhání učebnic, sešitů a oblečení. Dále agresori plivou do bot nebo kradou svačiny. Oběť může být donucena k násilným a manipulativním příkazům, jako vypitím moči, jíst jídlo ze země, musí se uklonit, když vejde oběť do třídy aj. Pro lepší orientaci v klasifikaci typů šikany poslouží Tabulka 2, kde nalezneme osm druhů šikanování.

Tabulka 2 Klasifikace typů šikany z trojdimenzionálního pohledu

| Typy šikanování | Příklady projevů |
|-------------------------|--|
| Fyzické přímé aktivní | Agresori oběť fackují, škrtnou a kopou. |
| Fyzické aktivní nepřímé | Hlavní agresor pošle své „poskoky“, aby oběť zbili nebo jí |

| | |
|--------------------------|---|
| | zničili věci. |
| Fyzické pasivní přímé | Útočník nedovolí oběti, aby se posadila do lavice. |
| Fyzické pasivní nepřímé | Útočník oběť nepustí na záchod nebo do vstupu do třídy. |
| Verbální aktivní přímé | Oběť je zesměšňována, urážena a ostatní ji nadávají. |
| Verbální aktivní nepřímé | O obětech kolují po třídě pomluvy. |
| Verbální pasivní přímé | Ignorace oběti ve formě neodpovídání na její pozdrav, otázky aj. |
| Verbální pasivní nepřímé | Ostatní ve třídě se nezastanou spolužáka, i když je obviněn z něčeho, co spáchali agresori. |

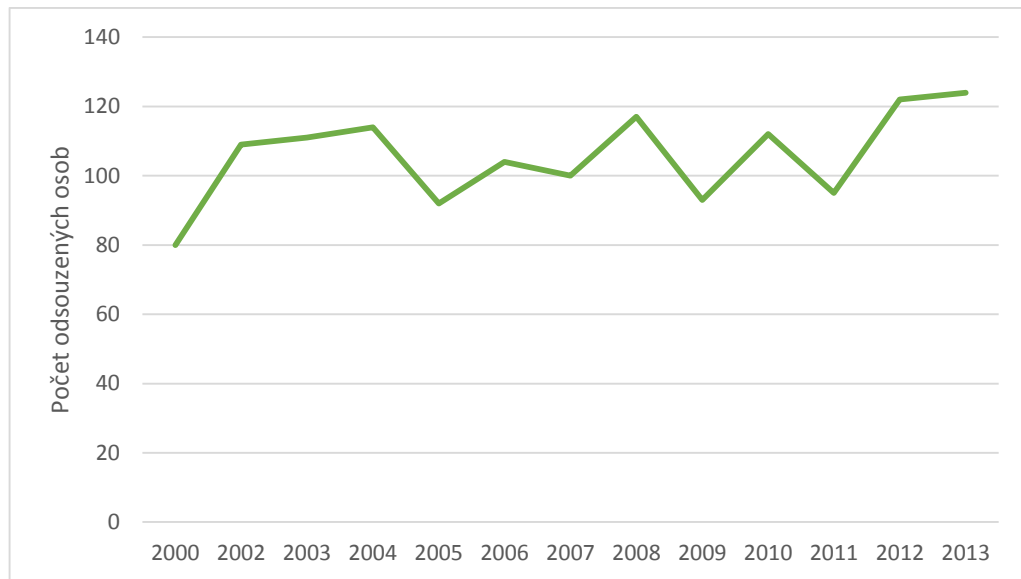
Dalším rozměrem šikanování je šikana jako závislost. Jedná se o vzájemnou vazbu oběti a jejího agresora. Princip skrýt vlastní strach a naopak využít strachu druhého jedince, se dá aplikovat na rozdělení třídy: „na slabé a silné“. Díky ovládnutí a lámání vůle oběti pocítuje agresor moc a nadřazenost. Tímto ho oběť považuje za kamaráda a obdivuje ho, identifikuje se s ním, poslouchá ho. Výše jsme se zmiňovali i nemocném chování agresora vzhledem k oběti. Existují však případy, kdy může být takto nemocná i celá skupina. Vztahy, které jsou uvnitř skupiny, mají svou hierarchii a vývoj. Na šikanování se podílí tudíž celá třída. Novým fenoménem v oblasti šikany, je kyberšikana, což je zesměšnění nebo ublížení oběti pomocí elektronických prostředků (Rogers, 2011, s. 59). Šikana a kyberšikana nejsou trestnými činy v České republice, a proto se s ní těžce pracuje. Tyto útoky naplňují podstatu některých trestných činů jako: stalking, útisk, vydírání nebo vyhrožování.

Vandalismus je jednání s úmyslem ničit majetek druhých. Vandalismus může být projevem msty, jako je tomu u fotbalových fanoušků. Nebo naopak vandal chce na sebe strhnout pozornost. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 654) Existují dva typy vandalství: vandalství s jasně vymezeným cílem, kdy vandal zná pravou hodnotu zničené věci. Druhý typ představuje jednání, které není předem naplánované a hodnota poškozené věci není známá nebo není důležitá. Takovéto vandalství může být pro zahrnutí nudy, forma hry či ventilace napětí. (Danek et al, 2007, s. 90) Častými projevy vandalismu jsou graffiti na velkých plochách, soukromých objektech či na dopravních prostředcích. Dále je projevem vandalismu ničení telefonních budek, laviček a zastávek.

Do diagnostických ústavů se dostávají děti a mládež často za **činy sexuálně orientované**. Sexuální chování, představuje základ lidské bytosti, ať už má sex individuální charakter

nebo párový. Fenomémem dnešní společnosti je právě konzumní charakter sexuální aktivity a to skrývá nespočet sociálních a hygienických rizik. Mezi rizika můžeme označit sexuální promiskuitu, obchod (prostituce) či loupeže (znásilnění). Moderní sexuologie zastává názor, že i děti jsou schopny základních sexuálních emocí – vzrušení, orgasmu a fascinace jiným objektem. Během vývoje se dítě, díky sexuální výchově učí, jaké hranice by mělo sexuální chování mít. Pokud bylo dítě sexuálně zneužíváno cizí osobou, má to na něj mnohem menší dopad, než kdyby bylo zneužíváno osobou blízkou. (Uzel a Mitlöhner, 2007, s. 9 - 11)

Sexuální deviace rozdělujeme do dvou skupin: deviace v aktivitě a deviace v objektu. Kdy deviace v aktivitě jsou poruchy ve vztahu dosažení sexuálního vzrušení a uspokojení. Mezi nejnebezpečnější poruchy patří patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus a sadomasochismus. Časté poruchy jsou pak voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, trialismus, skatofilie ad. Voyerismus, je jakýsi druh slídlivství, kdy jedinec s touto poruchou sleduje anonymní oběti, při jejich sexuální styku nebo svlékání. Patologická sexuální agresivita patří k nejnebezpečnějším úchytkám, neboť v nejhorší formě a to sexuální sadismus číhá na oběť, skrytě ji pronásleduje a poté svůj objekt zneužijí či znásilní. V této úchytky se jedná o znehybnění oběti, buď před stykem, nebo během styku. Většina sexuálních vražd se vyznačuje právě poruchou sexuálního sadismu. Deviace v objektu představuje sexuální touhu po nevhodném objektu. Nejhorší deviací zde je pedofilie, neboli láska k dětem, poté fetišismus, nekrofilie, pyrofilie apod. Mezi pachateli sexuálních deliktů nenacházíme často ženy, ale především mužské pohlaví. Deviantním ženám je schopna realizovat své představy jen v kruhu své fantazie. (Uzel a Mitlöhner, 2007, s. 28-36) Trestní zákoník (Česko, 2009, s. 395-) upravuje v Hlavě III trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Kde zařazuje znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, soulož mezi příbuznými, kuplířství, prostituci ohrožující mravní vývoj dětí, šíření pornografie, výrobu a jiné nakládání s dětskou pornografií. Pro tuto práci jsou však stěžejní sexuální delikty: znásilnění, pohlavní zneužívání, sexuální nátlak a soulož mezi příbuznými. Nejčastějším sexuálním deliktem dětí a mládeže, kteří se dostali do diagnostických ústavů je znásilnění nebo sexuální zneužívání, zejména v pěstounské péči mezi sourozenci. Neexistuje dostupná statistika sexuálně motivovaných činů dětí, mládeže a mladistvých v zařízeních institucionální výchovy. Podle statistik Českého statistického úřadu s názvy 27-5. *Odsouzené mladistvé osoby za vybrané trestné činy* (2014) zjišťujeme, kolik mladistvých bylo odsouzeno za znásilnění a pohlavní zneužívání, to vše ukazuje Graf 2.



Graf 2 Počet odsouzených osob za znásilnění a sexuální zneužívání

Závislostní chování je přidružená k poruchám chování a emocí u adolescentů. Většina mládeže začíná s nikotinem, pak marihuanou a jsou jedni z prvních, kteří zkoušejí novinky na trhu – jako tomu kdysi byla extáze. (Kabíček, Csémy a Hamanová, 2014, s. 54) Podle studie ESPAD, která zjišťuje zkušenosti mládeže s kouřením, konzumací alkoholu a s nelegálními drogami, se tato zkušenost snižuje. ESPAD vyhotovil dotazník, kde česká verze obsahovala 55 položek týkajících se zneužívání návykových látek, využívání volnočasových aktivit a vliv vrstevníků. Cílovou skupinou pro tento výzkum je mládež ve věku 16 let. Výzkum (Csémy a Chonymová, 2012) proběhl v roce 2011 a výsledky byly interpretovány v roce 2012. Tento výzkum začal v roce 1996. V České republice tvořilo náhodný výběrový soubor 3 913 žáků 9. ZŠ a studentů 1. ročníků SŠ. Dle výsledků se konzumace alkoholu snížila oproti jiným letem. Kouření zůstalo na stejné úrovni s minimálním poklesem. Zneužívání nelegálních drog se také podstatně snížilo, zvýšil se počet zneužívání LSD nebo jiných halucinogenních drog a těkavých látek.

2.2 Příčiny poruch chování a emocí

Zelinková (2001, s. 19 a 170) rozlišuje etiologii poruch chování na základě bio-psycho-sociálních faktorů. Kde však existuje nepřehledné množství systémů, které ovlivňují vývoj dítěte. Z pohledu biologických faktorů bylo zjištěno, že existují neuropsychologické nedostatky ve schopnostech plánování, předvídání, řešení problémů, nízké kontroly chování a nízké schopnosti verbální komunikace. Nejdůležitějším vlivem na jedince je **rodina** a to ze všech směrů, zejména stylem rodinné výchovy. Na dítě mají vliv rodiče, svým jednáním a

chováním usměrňují mravní výchovu dítěte a jejich cílem je vytvořit socializovaného jedince, který ví, co je špatné a co je dobré, zná následky svého jednání a je za ně zodpovědný. Rodina vytváří hodnotové vzorce a vzorce chování (Kohoutek, 2002, s. 238). Dítě může imitovat rodiče nejen v pozitivním směru, ale i v negativním. Pokud rodiče agresivním chováním řeší určité situace, bude je tak i on řešit. Není to však jen rodiči, ale celou rodinou: prarodiči, sourozenci a dalšími příbuznými. Diagnostici zkoumají vzájemné vztahy mezi sourozenci, zdali na sebe žárlí, vzájemně si pomáhají, soutěží nebo si závidí. Snaží se zjistit, jestli starší sourozenec není dáván mladšímu za vzor, nebo mladšímu nepředhazují rodiče úspěšnost jiného potomka ve škole.

Je třeba rodinu poznávat, ale stejně tak důležité je ovlivňovat styl rodinné výchovy. Děti, které měli velmi přísné rodiče a ti rodiče na ně vytvářeli přehnané nároky, měli v pozdějších věku nízkou sebedůvěru a sebevědomí. Naopak rodiče, kteří byly málo přísní, tak vychovali děti extrémně nezdravě sebevědomé. A trend těchto dětí neustále narůstá. (Kohoutek, 2002, s. 236 a 240) S nejčastějšími typy problémově zatížených rodin přišel Helus (2006, s. 153 – 162), který je i charakterizoval. Mezi takové rodiny řadíme: nezralou, přetíženou, ambiciózní, perfekcionistickou, autoritářskou, rozmazlující, odkládající, disociovanou rodinu a rodinu nadměrně liberální a improvizující. Nezralá rodina představuje prototyp rodiny, kdy rodiče jsou příliš nevyzrálí (mladí věkem) a nezkušeností, dítě je většinou zaskočí, a proto jej přijímají se zápornými pocity. Nechtěné dítě to však vycítí a to dokoná vše. Rodiče v přetížené rodině jsou dobrými rodiči, lpí na výchově, ale kvůli nějakému přetížení, nemohou naplňovat potřebu dítěte. Většinou si toho všimne učitel či vychovatel, jelikož se prospěch dítěte zhoršuje. Ambiciózní rodina interpretuje rodiče, kteří své potřeby a práci staví nad potřebami svého dítěte. Dítě v perfekcionistické rodině se dostává do permanentní zátěže, jelikož jeho rodiče na něho vyvíjí neustálý tlak, aby byl tím nejlepším. Autoritářská (nikoli autoritativní) rodina diriguje dítě, co má dělat, jak to má dělat. Dítěti není dána seberealizace a v pozdějších věku se neumí sám rozhodovat, je nesamostatný a často tento typ výchovy vyvolává v dítěti antisociální chování. Rozmazlující rodiče vše podřizují dítěti, snaží se mu ve všem vyhovávat a to není zdravé. Rodina nadměrně liberální a improvizující představuje nedostatek řádu a programu ve výchově. Rodiče nevytýčí pravidla ani cíle ve výchově, ale nechá to na rozhodnutí dítěti. Typickým krokem rodičů v odkládající rodině je odklad nebo půjčení dítěte někomu. Zprvu to bývají prarodiče, kteří sem tam dítě pohlídají, ale později rodiče svěřují dítě všem a neustále. Di-

sociovaná rodina má vážné problémy se vztahy, buď uvnitř rodiny, nebo s okolím. Rodina se může izolovat od okolí nebo mít konflikt s okolím.

Naopak nejpříjemnějším a nejvhodnějším typem rodiny je autoritativní, kdy rodiče se zaměřují na děti. Chtějí, aby se děti chovali, takovým způsobem, který odpovídá věku a intelektu dítěte. Autoritativní rodiče spojují kontrolu s požadavky, citem, péčí a komunikací v obou směrech. Dítě se učí samostatnosti, nezávislosti, sebezodpovědnosti a přátelství. (Kohoutek, 2002, s. 247) To vše napomáhá k lepšímu fungování ve společnosti.

Společnost ovlivňuje dítě z hlediska sdělovacích prostředků, školské politiky, vrstevnických skupin a zájmových organizací. (Zelinková, 2001, s. 19) U adolescentů je problémem členství v různých partách nebo v peer skupinách. Od vrstevníků z part často přebírají morální hodnoty, buď kvůli větší sexuální zkušenosti, nebo kvůli dosažení vyššího sociálního statusu ve skupině.

Škola patří k největšímu sociální prostředí v období dítěte, jelikož se seznamuje se svými vrstevníky, začíná se začleňovat do různých skupin, učí se a poznává nové věci. Ovlivňuje ho školní klima, vedení školy, učební plány a osnovy a zejména vztahy, které má s učiteli i ostatními žáky. (Zelinková, 2001, s. 19) Velké rizika, které „číhají“ na děti v oblasti školství jsou nejen školní party, ale hlavně školní neúspěch, ze které se tvoří strach chodit do školy, možné i záškoláctví. Strach dítěte z nových rolí, kdy už nebude jen žákem, synem či dcerou rodičů, ale může být outsiderem. V současné době, kdy děti mají přístup na počítač a na sociální síť se obávají případné kyberšikany (cyberbullying), či přímé šikany ve škole. Žáci s problémovým chováním neumí ve škole často pracovat, nemají rozvinutou gramotnost nebo sociální dovednost. (Vojtová, 2008, s. 74 a 75)

Mezi další sociální faktory příčin poruch chování přiřazujeme nedostatek vzdělání, nezaměstnanost, rozpad rodinného zázemí či právě existence mládežnických subkultur podporující delikventní chování, napomáhají ke vzniku či k rozvíjení poruch chování. Všichni psychologové, sociologové se snaží hledat směr, jak odstranit poruchy chování, ale málo kdo se vrací k současné situaci. Dnes pokud dítě něco provede, tak se dostává do institucionální výchovy, pak jsou propuštěni, pak se zase vrátí. S rostoucím věkem a recidivě, se z dítěte s delikventním chováním stane vězeň a kolo se opakuje. Proto se musí pracovat s dítětem ne pomocí trestu (př. vězení), ale snažit se změnit rodinné, školní či vrstevnické prostředí. (Zelinková, 2001, s. 170 a 171)

3 ŠKOLSKÁ ZAŘÍZENÍ PRO ÚSTAVNÍ VÝCHOVU

Školská zařízení pro ústavní výchovu označujeme jako zařízení institucionální výchovy, které plní standardy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Pojem instituce znamená, způsob nebo schéma jakým lidi provádí činnost. Často se pojem instituce plete s termínem organizace. Organizace je tvořena lidmi, kteří tvoří určitou činnost institucionálně. (Maříková, 1996, s. 435) Termínem výchova se myslí celoživotní proces socializace jedince, který probíhá v kulturně společenském kontextu (složky hodnotově normativní, mezilidsky vztahové, rezultativní a osobnostní). (Helus, 1973, s. 11) Výchova není jen proces, ale i činnost, která se podílí na utváření osobnosti člověka. (Kraus, 2001, s. 41) Pojem výchova není zcela definovaný, neboť je velmi obsáhlý. Tomášek (1992) výstižně definoval výchovu člověka jako druhé zrození, a proto bude vždy výchova nejdůležitější částí života. Vzhledem k další generaci se jí musíme svědomitě věnovat.

Hovoříme-li o úloze výchovy v zařízení institucionální výchovy, je třeba dodat, že děti v ústavech jsou často izolovány od okolí, postrádají tak schopnost vytvářet mezilidské vztahy pro ně nezbytně důležité. Základní psychické potřeby dítěte, tak velmi strádají. Díky těmto všem faktorům bychom měli na děti pohlížet jako na ohrožené.

Výchova je součástí fungování řady institucí. Někde má výchova sekundární funkci (v médiích, kinech, na výstavách, osvětových akcích atd.). Naopak v jiných zařízeních má výchova funkci primární, jako je tomu u rodiny, školy nebo u ústavních a ochranných zařízení. (Kraus, 2001, s. 42-43) Za ústavní a ochranné zařízení odpovídá Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

MŠMT odpovídá v oblasti institucionální výchovy za koncepci, obsahu, koordinaci, metodickým vedením školních zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy zřizovaných MŠMT. Další činností ministerstva je zpracovávání materiálů koncepčních a metodických. Na základě akčních plánů ze strategií a koncepcí jednotlivých resortů plní zadané úkoly. MŠMT se účastní pracovních skupin a poradních výborů jednotlivých resortů. Zajišťuje metodické vedení a koordinuje zajišťování výkonu ústavní, ochranné výchovy a preventivní výchovné péče. MŠMT nevytváří jen legislativní materiály (tvorba a návrh zákonů a právních předpisů), ale také vytváří Rámcové výchovně vzdělávací programy a standardy ve školních zařízeních pro ústavní a ochrannou výchovu. Ministerstvo má na starosti správní řízení v oblasti ochranné a ústavní výchovy. Přijímá opatření, které vyplývají z analýz realizovaných evaluací. (*Institucionální výchova*, © 2013 – 2015)

MŠMT zabezpečuje přípravu podkladů a návrhů projednávaných ve vládě (Parlamentu). Připravuje další podklady a materiály k projektům jiných resortů, které se týkají úseku institucionální výchovy. Ministerstvo posuzuje a schvaluje školní tiskopisy a spolupracuje s ostatními přímo řízenými organizacemi v této oblasti, jako jsou poradní orgány vlády, profesní sdružení, pedagogické iniciativy, nevládní neziskové organizace, které se zabývají výchovou a vzděláváním dětí a mládeže. Dále spolupracuje s vysokými školami nebo fakultami pedagogického směru, jinými resorty. (*Institucionální výchova*, © 2013 – 2015) MŠMT se podílí na osvětě a propagaci výchovné a vzdělávací činnosti v úseku primární prevence rizikového chování. Shrnutě řečeno na ministerstvu existuje tým institucionální výchovy, který se zabývá preventivně výchovnou péčí, ústavní a ochrannou výchovou.

Preventivně výchovná péče představuje služby speciálně pedagogického a psychologického charakteru, které jsou určeny zejména dětem s rizikem poruch chování, dále pro děti u kterých je již rozvinutá porucha chování nebo u dětí existují negativní jevy v sociálním vývoji. Tato služba je pro děti, kterým nebyla nařízena ústavní nebo ochranná výchova. Preventivně výchovnou péči nabízí střediska i okolí dítěte s poruchou v chování (rodiče, vychovatelé, pedagogové, školy). Preventivně výchovnou péči nabízí SVP nebo diagnostické ústavy. (Česko, 2002, § 16)

Ochranná výchova slouží k pozitivnímu ovlivnění sociálního vývoje mladistvých a chránění společnosti před pácháním provinění mladistvých. (Česko, 2003, § 21) Ochranná výchova má preventivní charakter a slouží k izolování a resocializování mladistvého, který se dopustil nebezpečného zločinu. (Matoušek, 2011, s. 152) Soud může uložit ochrannou výchovu, jestli o výchovu v rodině mladistvého není postaráno nebo byla zanedbána. Ochranná výchova trvá po tu dobu, pokud je potřeba, nejdéle však do 18 let věku nebo se souhlasem mladistvého do 19 let. Jestliže převýchova probíhá řádně a v pokroku, může okresní soud pro mládež přeměnit ochrannou výchovu za ústavní. Pokud se dítě mladší patnácti let dopustí trestného činu, za nějž trestní zákoník dovoluje uložení výjimečného trestu a je mu již dvanáct let, může mu soud pro mládež uložit ochrannou výchovu. (Česko, 2003, § 22, § 23, § 93)

Ústavní výchova je nařízena rozhodnutím soudu v občansko-právním řízení pro nezletilé děti do věku 18 let. Jedná se o krátkodobý pobyt mimo rodinu nebo pro děti s jejich nejasnou situací. Dříve než je nařízena ústavní výchova soudem, hledají se jiné cesty pro děti, kam je umístit – náhradní rodinná péče, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Ústavní výchova se nařizuje, jestliže výchova dětí je ohrožena a ostatní výchovná opatření

selhala. (Česko, 1963, § 46) Uskutečňuje se podle věku v kojeneckých ústavech, dětských domovech a dětských center pro děti do 3 let věku, ústavy sociální péče, DD a DD se školou pro děti po 3. roce života, diagnostické a výchovné ústavy. Ústavní výchovu může soud nařídit maximálně 3 roky, ale lze ji prodlužovat nebo opakovat. V praxi to znamená, že obec s rozšířenou působností ve spolupráci s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí vyžve rodiče, aby děti ve sjednaný termín odvedli do určeného zařízení, pokud tak neučiní, obec s rozšířenou působností podá návrh na výkon rozhodnutí. Pokud se jedná o sourozence, tak jdou vždy do zařízení společně. Po intervalu 6 měsíců chodí do zařízení kontrola, která zjišťuje, zdali pořád trvá důvod, proto aby zde bylo dítě pořád umístěné. Po předchozím písemném souhlasu obecního úřadu obce s rozšířenou působností, může zařízení povolit dítěti pobyt u rodičů, který může trvat maximálně 14 dnů. (Česko, 1999, § 28 – 30)

Školská zařízení pro ústavní výchovu upravuje zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

V České republice je čítáno 242 zařízení institucionální výchovy. Z toho 144 škol/zařízení je dětským domovem, 29 zařízení je dětským domovem se školou, 28 zařízení je výchovným ústavem, 13 zařízení je diagnostickým ústavem a 28 je středisek výchovné péče (dále jen SVP).

3.1 Dětský domov

Dětský domov plní úkoly sociální, výchovné a vzdělávací. Do dětských domovů se umisťují děti ve věku od 3 let do 18 let. Za výjimečných okolností můžeme v dětském domově potkat umístěné nezletilé matky s dětmi. Úlohou dětského domova je pečovat o děti, které mají nařízenou ústavní výchovu. Tyto děti nemývají žádnou závažnou poruchu chování. Vzdělávání probíhá ve školách, které nejsou v dětském domově. (Česko, 2002, § 12)

3.2 Dětský domov se školou

Jako je tomu u dětského domova, tak i zde potkáváme nezletilé matky s dětmi. Tyto matky trpí však duševní poruchou nebo závažnou poruchou v chování. Primárně však dětské domovy se školou poskytují péči dětem, které mají nařízenou ústavní výchovu nebo uloženou ochrannou výchovu. Tyto děti převážně trpí závažnou poruchou chování nebo duševní poruchou, která vyžaduje výchovně léčebnou péči. Na základě rozdělení skupin (matky s dětmi a děti) se dle jejich potřeb dětský domov se školou zřizuje odděleně. DD se školou

poskytuje péči dětem od 6 let do ukončení povinné školní docházky. (Česko, 2002, § 13) V praxi to znamená, že pokud dítě ukončí povinnou školní docházkou, tak nastupuje na střední školu nebo si najde práci. Pokud se kvůli své závažné poruše chování nemůže dále vzdělávat na střední škole nebo nemůže pracovat, tak je poslán do výchovného ústavu. Pokud během školní docházky nejsou již důvody pro jeho držení v DD se školou, tak školu bude mít v jeho okolí.

3.3 Výchovný ústav

Výchovné ústavy jsou zřizovány odděleně pro děti, kterým byla uložena ochranná výchova a nařízena ústavní výchov, dále na základě soudního usnesení o předběžném umístění v ústavu, nebo po dohodě s rodiči. Existuje rozdělení i podle výchovných skupin – nezletilé matky se závažnou poruchou chování společně s jejich dětmi, dále děti, které mají závažnou poruchu chování nebo děti, které trpí duševní poruchou, které potřebuje výchovně léčebnou péči. Ve výchovném ústavu se zpravidla objevují děti starší 15 let, které mají závažnou poruchu chování, můžeme zde ale objevit děti, které jsou starší věku 12 let. Je to z důvodu, že jejich porucha chování je natolik závažná, že nemůže být umístěno v dětském domově se školou. Z hlediska různých poruch chování a problémy spojené se školou, se často zřizuje vedle výchovného ústavu základní, speciální nebo střední škola. (Česko, 2002, § 14 a 15) Výchovný ústav poskytuje dlouhodobý pobyt a s ním spojenou přípravu na budoucí povolání. Ústav poskytuje výukové programy, kurzy a praktická školení jako výchova k rodičovství, základní řemeslné dovednosti apod.). (Matoušek, 2012, s. 156, 157)

3.4 Středisko výchovné péče

Středisko zajišťuje preventivně výchovnou péči, zejména zaměřenou na oblast speciálně pedagogickou a psychologickou. Tato péče je zaměřena na děti, žáky a studenty s rizikem vzniku poruch chování, které napomáhají nepříznivém sociálnímu vývoji. Také se zaměřuje na děti propuštěné z ústavní výchovy, aby jim pracovníci napomohli k integraci do společnosti. Úlohou středisek je zmírňovat a předcházet vzniku výchovných poruch a nepříznivých jevů v sociálním vývoji dětí. SVP zajišťuje informace, konzultace a pomoc osobám, které jsou odpovědné za výchovu dětí (rodičům, zákonným zástupcům, pedagogům, speciálním mateřským školkám, školám apod.). Středisko zpracovává plán aktivit prevence, zejména v oblasti sociálně patologických jevů, nejen pro své středisko, ale i pro školy a školská zařízení, kterým poskytuje metodickou pomoc. SVP spolupracuje se speciálně pe-

dagogickými centry, školami a školskými zařízeními, zejména pro zařízení, jenž poskytují předškolní péči. Každé středisko spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou. (Česko, 2002, § 16 a 17) Ve střediscích pracují pedagogové, speciální pedagogové a psychologové. SVP je středisko, které poskytuje internátní (pobytové) a ambulantní služby, ale také nalezneme SVP, který slouží jako denní stacionář (SVP Klíčov v Praze, SVP Návrat v Hradci Králové). Výchovná skupina v tomto zařízení čítá 6-8 dětí na základě jejich potřeb.

3.5 Diagnostický ústav

Podle školského rejstříku MŠMT existuje třináct diagnostických ústavů pro děti a mládež v České republice. Na základě zákona č. 109/2002 Sb., o ústavní výchově (§ 1) má každé dítě právo na výchovu a vzdělávání, které je podepřeno Listinou základních práv a svobod. Tato Listina vytváří podmínky, které u dítěte napomáhají rozvíjet citovou stránku jeho osobnosti, podporuje sebedůvěru a umožňuje dítěti se aktivně účastnit ve společnosti. Účelem zařízení je zajišťovat náhradní výchovnou péči pro osoby ve věku od tří do osmnácti let, případně i osobám do devatenácti let. Osoby jsou zde poslány rozhodnutím soudu o ústavní či ochranné výchově s cílem přispět k jeho zdravému osobnostnímu vývoji, výchově a vzdělávání. Dílčím cílem je předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte, zmírnit a odstranit příčiny a důsledky již existujících poruch chování u dítěte. Pobyt v diagnostickém zařízení může být i dobrovolný. Dobrovolný pobyt představuje dohodu mezi třemi stranami: vedoucím ústavu, zákonnými zástupci (rodiči) klienta a samotným klientem. Dobrovolný pobyt je však ojedinělý. (Matoušek, 2012, s. 154)

Při práci s dětmi v diagnostickém ústavu je základní organizační jednotkou výchovná skupina, která obsahuje 4 až 6 dětí (Česko, 2002, § 4). Výchovné skupiny se dělí na základě problémů v chování, věkové skupiny nebo podle tříd. Diagnostický ústav poskytuje péči rozhodnutím soudu o nařízení ústavní výchovou nebo o nařízení předběžného opatření. V neposlední řadě poskytuje péči dětem, kterým je poskytována preventivně výchovná péče a o kterou požádaly osoby odpovědné za výchovu. Zjednodušeně řečeno pobyt v diagnostickém ústavu je buď nařízený soudem, nebo dobrovolný. Dobrovolné pobyty jsou využívány velmi málo, neboť zákonný zástupce (rodiče) dítěte se souhlasem svěřence dohodne smlouvu s vedoucím ústavu. Pravidelný pobyt dítěte v diagnostickém ústavu bývá 8 týdnů. Po zhruba dvouměsíčním pobytu vyhotoví diagnostický ústav komplexní závěreč-

né hodnocení uživatele s doporučeným umístěním, převážně do výchovných ústavů, dětských domovů či dětských domovů se školou. (Matoušek, 2003, s. 158)

Podle §5 (Česko, 2002) plní diagnostický ústav úkoly podle potřeb dítěte: diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační. Diagnostickými úkoly se míní vyšetření úrovně dítěte činností, jak psychologickou, tak pedagogickou. Vzdělávací úkoly jsou v zájmu rozvoje osobnosti dítěte, neboť se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností, tím pádem se realizují individuální specifické potřeby v rámci vzdělávání. Terapeutické úkoly podporují nápravu poruch chování dítěte a sociální vztahy směrem k okolí. Výchovné a sociální úkoly se vztahují k rodinné situaci dítěte, které je nezbytné pro OSPOD. Organizační potřeby souvisí s umístěním dítěte z diagnostického ústavu do jiných zařízení, ale také spoluprací orgánu sociálně-právní ochrany dětí při přípravě návrhu o nařízeném předběžném opatření. Koordinační úkoly směřují k prohloubení poznatků a sjednocení odborných postupů v rámci územního obvodu diagnostického ústavu.

Dětem, které se nachází v diagnostickém ústavě je poskytováno stravování, ubytování a ošacení, učební potřeby a pomůcky, úhrada nákladů na zdravotní péči, léčiva a zdravotnické prostředky, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, pokud nebyla péče vyžádána osobami odpovědnými za výchovu, kapesné, osobní dary a věcná pomoc při odchodu zletilých ze zařízení; úhrada nákladů na dopravu do školy. Rozhodnutím ředitele školy mohou být hrazeny i náklady pro potřeby využití volného času a rekreaci, náklady na kulturní, uměleckou, sportovní a oddechovou činnost, náklady na soutěžní akce. (Česko, 2002, § 1 odst. 8)

Drtivá většina uživatelů diagnostického zařízení by měla být po 8 týdnech umístěna do výchovného ústavu na dlouhodobý pobyt. Jen uživatelé, kteří byli posláni do diagnostického ústavu rodiči nebo dětským domovem, tak se vrací zpět, tam odkud přišli. (Matoušek, 2013, s. 155) Jenže v dnešní době díky předběžnému opatření mohou být uživatelé v diagnostickém ústavu až 6 měsíců, až poté přecházejí do výchovného ústavu, dětského domova se školou apod. Kvůli zdlouhavým soudním procesům, bývá často uživatel v diagnostickém ústavu i déle než 6 měsíců.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkumným tématem je autoregulace emocí, neboli schopnost ovládnutí sobě vlastních emocí u dětí a mládeže. Cílem empirické části je zjistit, jaká je míra autoregulace emocí u dětí a mládeže, jež jsou umístěné v diagnostickém ústavu. Dílčím cílem je zjistit, míru využívání kognitivně-emočních strategií regulace: sebeobviňování, přijetí, přemítání, pozitivní změna zaměření, plánování, pozitivní přehodnocení, uvedení do souvislostí, zveličování, obviňování ostatních. Dílčím cílem je také zjistit, která z devíti oblastí kognitivně-emočních strategií regulace je nejvíce využívaná (dosahuje nejvyšší hodnoty) u dětí a mládeže v diagnostických zařízeních, jelikož je důležité si uvědomit, v jaké oblasti má uživatel diagnostického zařízení problém ovládat své emoce. Nakonec chceme zjistit, do jaké míry sociální okolí ovlivňuje chování dětí a mládeže, jenž pobývají v diagnostických ústavech, a který činitel má na ně největší vliv.

Sebeobviňování představuje kritický pocit jedince vůči sobě samému, tento pocit může přijít v důsledku domněnky jedince, že něco zavinil či pokazil. Přijetí obsahuje stav, kdy je jedinec vyrovnaný s tím, co se opravdu stalo (situací, problémem atd.), aniž by se snažil skutečnost zkrášlit výmluvami a svalováním viny na své okolí. Přemítání se zaměřuje na myšlení, které se vztahuje na přemýšlení o pocitech a na myšlenky spojené s negativní událostí. Pozitivní změna zaměření představuje přeorientování mysli jedince na příjemnější událost nebo hezké vzpomínky, které si jedinec vybaví. Kognitivně-emoční strategie regulace, které popisuje srovnání dané situace jedince s jinými možnými či již prožitými situacemi, označujeme termínem uvedení do souvislostí. Plánování umožňuje jedinci vyrovnat se s událostmi, které vyplývají z prožité situace. Zveličování je vlastnost jedince nadřazovat důležitost vlastních problémů či prožitých situací nad situace, které se staly ostatním lidem v jeho okolí. Jako devátou oblastí kognitivně-emoční strategie regulace je obviňování ostatních. V tomto případě jedinec svaluje vinu za své činy nebo nepříjemné situace, které se mu staly, sociálnímu okolí. Ve výzkumu této práce nejde o to zjistit, která kognitivně-emoční strategie regulace je pozitivního nebo negativního charakteru. Jedním z dílčích cílů je zjištění míry využití konkrétních strategií.

Základní teoretická východiska výzkumného šetření

Autoregulace emocí představuje korigování vlastních emocí a určuje nakolik, je naše chování pro společnost přijatelné.

Kognitivně-emoční strategie regulace představují devět skupin kognitivně-emočních regulací jedince. Skupiny dělíme na: sebeobviňování, přijetí, přemítání, pozitivní změna zaměření, plánování, pozitivní přehodnocení, uvedení do souvislostí, zveličování, obviňování ostatních. Tyto strategie umožňují kontrolování emocí. (Garnefski et al., 2007, s. 1-9)

Sociálním okolím se označují sociální skupiny, které mají nepříznivý nebo příznivý vliv na osobnost jedince a jeho chování. Sociální skupiny mohou být malé či velké, řadíme zde učitele, vychovatele, rodinu, média, přátele aj.

4.1 Výzkumný problém

Pro účel práce byl stanoven **deskriptivní** neboli **popisný výzkumný problém**, který popisuje určitý výskyt jevu – autoregulaci emocí. Bude nás zajímat, jaká je míra autoregulace emocí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech a konkrétní míra využití kognitivně-emočních strategií regulace.

4.2 Výzkumné otázky

1. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.1. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.2. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.3. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.4. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změny zaměření u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.5. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.6. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivního přehodnocení u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.7. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
 - 1.8. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

- 1.9. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?
2. Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech podle vybraných faktorů?
- 2.1. Jaké jsou rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech z hlediska pohlaví?
- H_{1A} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebe-obviňování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1B} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1C} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1D} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1E} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1F} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1G} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1H} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- H_{1I} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.
- 2.2. Jaké jsou rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech z hlediska věku?

H_{2A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebe-obviňování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

H_{2I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

2.3. Existují rozdíly v použití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu?

H_{3A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace sebeobviňování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přijetí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přemítání u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace plánování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace zveličování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

H_{3I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

3. Do jaké míry vnímají vliv sociálního okolí děti a mládež v diagnostických ústavech?

3.1. Jaká je souvislost mezi vnímaným vlivem kamarádů s využitím kognitivně-emočních strategií regulace?

H₄ : Čím vyšší je vnímaný vliv kamarádů, tím nižší je využití kognitivně-emoční strategie regulace.

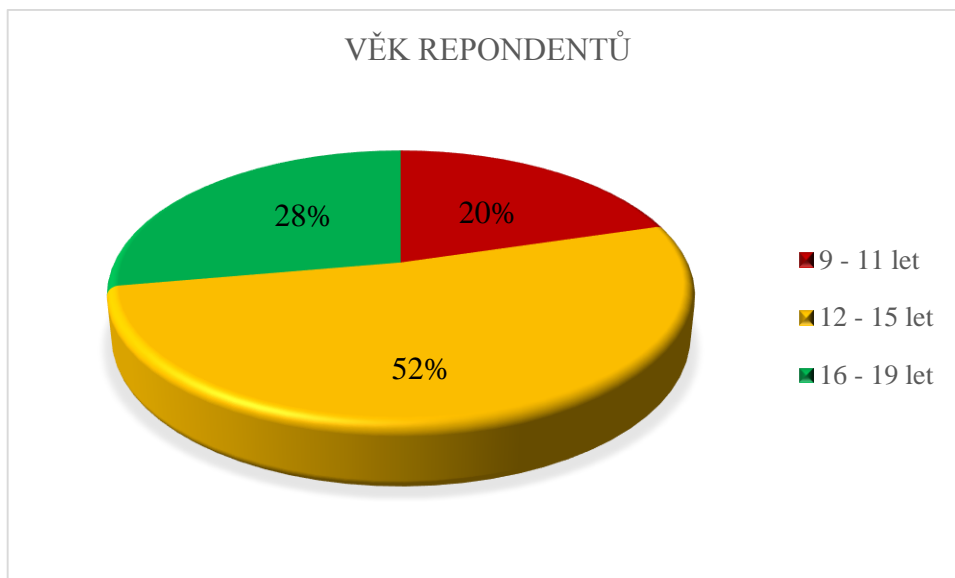
4.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří děti a mládež v diagnostických ústavech v České republice. Děti a mládež z diagnostických ústavů jsme si vybrali z předpokladu, že u těchto konkrétních dětí bude vyšší výskyt emocí, které narušují sociální vztahy s okolím či potlačováním emocí v sobě samých. Podle rejstříku škol a školských zařízení, vedené MŠMT, existuje v ČR

třináct diagnostických ústavů. Z informací získaných z diagnostických ústavů tvoří základní soubor 386 uživatel. Přesné počty uživatelů v jednotlivých diagnostických ústavech, naleznete v Tabulka 3. Jelikož zkoumáme celý základní soubor, hovoříme o exhaustivním, neboli vyčerpávajícím výběru. V tomto šetření jsme získali data od 54 dětí a mládeže, kteří jsou umístěni v dětských diagnostických ústavech nebo v diagnostických ústavech pro mládež. Soubor 56 dětí a mládeže z diagnostických ústavů je nízký, neboť ne všechny zařízení byla ochotna spolupracovat na tomto výzkumu. Dále ne všechny děti a mládež byly schopny vyplnit tento dotazník, kvůli jejich kombinovaným poruchám chování. Zároveň jsme museli vyloučit diagnostický ústav v Praze 5, kvůli jazykové bariéře, jelikož se jedná o zařízení pro cizince.

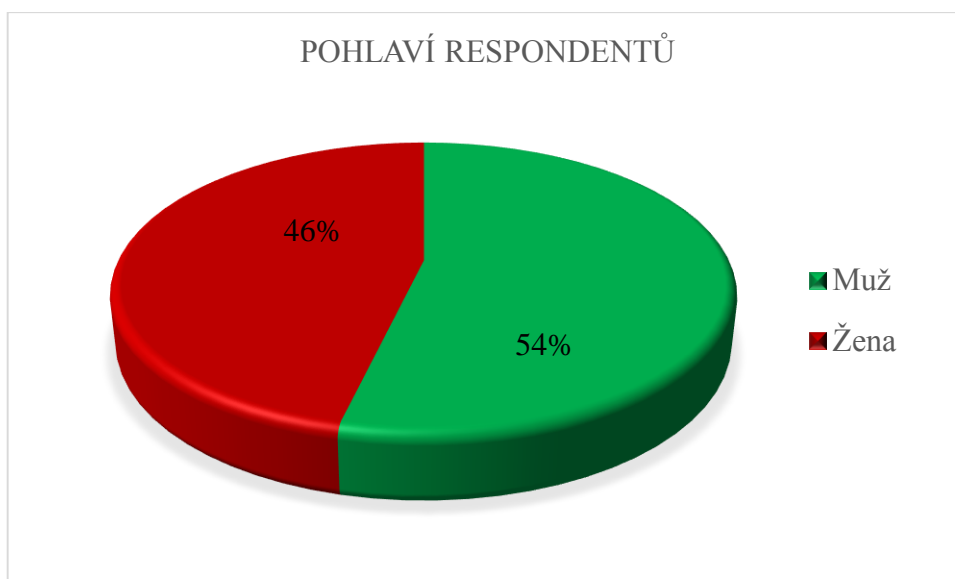
Tabulka 3: Počet uživatelů v diagnostických ústavech

| Název instituce | Počet uživatelů v instituci |
|--|-----------------------------|
| Diagnostický ústav, Praha 2 | 36 |
| Diagnostický ústav, Praha 4 – Hodkovičky | 58 |
| Dětský diagnostický ústav, Praha 4 | 28 |
| Diagnostický ústav, Praha 5 | 30 |
| Diagnostický ústav České Budějovice | 22 |
| Dětský diagnostický ústav, Plzeň | 29 |
| Dětský diagnostický ústav, Liberec | 36 |
| Dětský diagnostický ústav, Hradec Králové | 24 |
| Diagnostický ústav, Brno | 21 |
| Dětský diagnostický ústav, Brno | 18 |
| Dětský diagnostický ústav, Bohumín | 26 |
| Dětský diagnostický ústav, Olomouc – Svatý kopeček | 42 |
| Diagnostický ústav pro mládež, Ostrava | 52 |



Graf 3 Zastoupení respondentů dle věku

Z výšečového grafu rozložení respondentů podle věkové skupiny je patrné, že majoritní část respondentů zastupuje věková skupina 12 - 15 let (52%). Poté následují respondenti ve věku 16 – 19 let (28%) a nejméně respondentů je ve věkové kategorii 9 – 11 let (20%).



Graf 4 Zastoupení respondentů dle pohlaví

V celkovém počtu 54 respondentů, tvoří děti a mládež z diagnostických ústavů, téměř vyvážené rozdělení podle pohlaví. Kde muži lehce převažují (54%), zastoupení dívek je pak 46%.

4.4 Výzkumná technika

Cílem je zjistit, jaká je míra autoregulace emocí u dětí a mládeže, jež jsou umístěné v diagnostickém ústavu. A zároveň je cílem zjistit, míru využití kognitivně-emočních strategií regulace: sebeobviňování, přijetí, přemítání, pozitivní změna zaměření, plánování, pozitivní přehodnocení, uvedení do souvislostí, zveličování a obviňování ostatních. Pro tyto účely bylo za výzkumnou techniku zvoleno dotazníkové šetření. Nakonec chceme zjistit, do jaké míry sociální okolí ovlivňuje chování dětí a mládeže, jenž pobývají v diagnostických ústavech, a který činitel má na ně největší vliv.

Pro určení rozdílů v autoregulaci emocí nám posloužil zahraniční dotazník CERQ-k (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Kids), který byl vytvořen odborníky z holandské univerzity Leiden a to: Dr. Nadia Garnefski a Dr. Vivian Kraaij. Jedná se o soubor škálových tvrzení, které se zaměřují na regulaci kognitivně-emočních strategií. CERQ-k je rozdělen na 9 kategorií, přičemž každá kategorie obsahuje 4 škálové položky, to představuje 36 položek v CERQ-k. Z hlediska náročnosti na odpovídání pro děti a mládež ve věku 9-19 let a pro účely tohoto výzkumu jsme zvolili 18 položek, které jsme použili z CERQ-k.

Dotazník *Autoregulace emocí* je tedy rozdělen na 9 kategorií a každá kategorie obsahuje 2 škálové položky, které společně představují 18 položek v dotazníku (č. 1-18). Položky obsahují škálu: zcela nesouhlasím (1), nesouhlasím (2), nevím (3), souhlasím (4) a zcela souhlasím (5). Mezi tyto kategorie nalezneme sebeobviňování (položka č. 1, 10); přijetí (položka č. 2, 11); přemítání (položka č. 3, 12); pozitivní změna zaměření (položka č. 4, 13); plánování (položka č. 5, 14); pozitivní přehodnocení (položka č. 6, 15); uvedení do souvislostí (položka č. 7, 16); zveličování (položka č. 8, 17); obviňování ostatních (položka č. 9, 18). Všechny tyto škálové položky nám umožňují zjistit, do jaké míry jsou regulovány emoce pomocí kognitivně-emočních strategií u dětí a mládeže v diagnostických ústavech.

Dotazník je doplněn o demografické údaje – věk a pohlaví. Věk je zároveň filtrační položkou, která nás ujistí o správném věkovém rozhraní, které je 9-19 let. Je to z důvodu, že CERQ-k je dotazník, který byl sestaven pro děti od 9-11 let, a tudíž můžeme předpokládat, že mladší děti 9 let nejsou schopni si osvojit tvrzení v dotazníku. V dotazníku se objevuje položka uzavřená, která zjišťuje, jestli jsou i uživatelé diagnostického ústavu přesvědčeni o tom, že jsou v zařízení oprávněně. Otevřená položka v dotazníku nám představuje současnou délku pobytu uživatele v diagnostickém ústavu. Položka „Do jaké míry mají vliv na tvé

chování“ je škálovou otázkou a zjišťuje míru vlivu sociálního okolí (učitelé, vychovatelé, rodiče, sourozenci, prarodiče, partneři, kamarádi, média a názory ze sociálních sítí) na chování uživatele, který se nachází v diagnostickém ústavu.

4.5 Proměnné

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování představuje součet hodnot dvou položek č. 1 a 10 na pětibodové škále 1-5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí zobrazuje součet hodnot dvou položek č. 2 a 11 na škále od 1 do 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání charakterizuje součet hodnot dvou položek č. 3 a 12 na pětibodové škále od 1 do 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření představuje součet hodnot dvou položek č. 4 a 13 na pětibodové škále od 1 do 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování charakterizuje součet hodnot dvou položek č. 5 a 14 na pětibodové škále od 1 do 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení představuje součet hodnot dvou položek č. 6 a 15 na pětibodové škále 1 - 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí zobrazuje součet hodnot dvou položek č. 7 a 16 na pětibodové škále od 1 do 5. Míra využití kogni-

tivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování představuje součet hodnot dvou položek č. 8 a 17 na pětibodové škále od 1 do 5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních charakterizuje součet hodnot dvou položek č. 9 a 18 na pětibodové škále 1 -5. Míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních určuje, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech schopni využít a regulovat své emoce. Jedná se o proměnnou *metrickou*.

Pohlaví představuje proměnnou *nominální* a rozlišuje děti a mládež na muže a ženy.

Věk je rozdělen na tři věkové skupiny:

- děti, které věkem spadají na 1. stupeň základní školy (9 - 11 let),
- děti, které věkem spadají na 2. stupeň základní školy (12 – 15 let),
- mládež, která věkem spadá do sekundárního vzdělávání (16 – 19 let).

Věk v tomto případě představuje proměnnou *ordinální*.

Délka pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech představuje rozmezí od 1 dne do 9 měsíců, tak jsme určili tři intervaly délky pobytu a to následovně:

- krátkodobý pobyt od 1 dne do 30 dní,
- střednědobý pobyt od 31 dní do 120 dní,
- dlouhodobý pobyt od 121 dní do 270 dní.

Z hlediska rozdělení na intervaly délky pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech, tak se jedná o proměnnou *ordinální*. Původně měla být délka pobytu rozdělena dle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Což znamená, že kategorie, měli být: 2 měsíce, 6 měsíců a déle než 6 měsíců, avšak s ohledem na zkoumaný soubor jsme byli nuceni změnit kategorie.

Vnímaný vliv kamarádů označuje průměrnou hodnotu odpovědí respondentů na otázku: *Do jaké míry mají vliv na tvé chování kamarádi?* Na toto tvrzení odpovídali na pětibodové škále. Vnímaný vliv kamarádů představuje *metrickou* proměnnou a říká nám, nakolik jsou děti a mládež v diagnostických ústavech ovlivněni názorem a chováním kamarádů.

4.6 Způsob zpracování dat

Data získaná z dotazníkového šetření, jsou vyhodnocena popisnou statistikou, která nám formou tabulek a grafů odpoví na popisné výzkumné otázky. Pro testování hypotéz jsou využity statistické metody. Kognitivně-emoční strategie regulace jsou promítnuty v tvrzení, které je hodnoceno na škále 1 – 5. Každá kognitivně-emoční strategie regulace je součet hodnot dvou položek. Tento součet může mít minimálně 2 body a maximálně 10 bodů.

Pro hypotézu $H_{1A} - I$: *Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech*, byl na základě typu proměnných (metrická, nominální) určen t-test.

Pro hypotézu $H_{2A} - I$: *Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku*, byl určen pomocí typu proměnných (metrická, ordinální) test analýzy rozptylu ANOVA.

Pro hypotézu $H_{3A} - I$: *Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu*, byl na základě stanovených proměnných (ordinální, metrická) určen test analýzy rozptylu ANOVA.

Pro hypotézu H_4 : *Čím vyšší je vnímaný vliv kamarádů, tím nižší je využití kognitivně-emoční strategie regulace*, byl určen pomocí typu proměnných (metrická, metrická) určen test korelace.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Z uskutečněného kvantitativního výzkumu vzešly následující výsledky:

1. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

Tabulka 4 Popisná statistika míry využití kognitivně-emočních strategií regulace

| Proměnná | Popisné statistiky | | | | |
|--------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| | N platných | Průměr | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
| Míra využití | 54 | 6,473251 | 5,000000 | 8,555556 | 0,739610 |

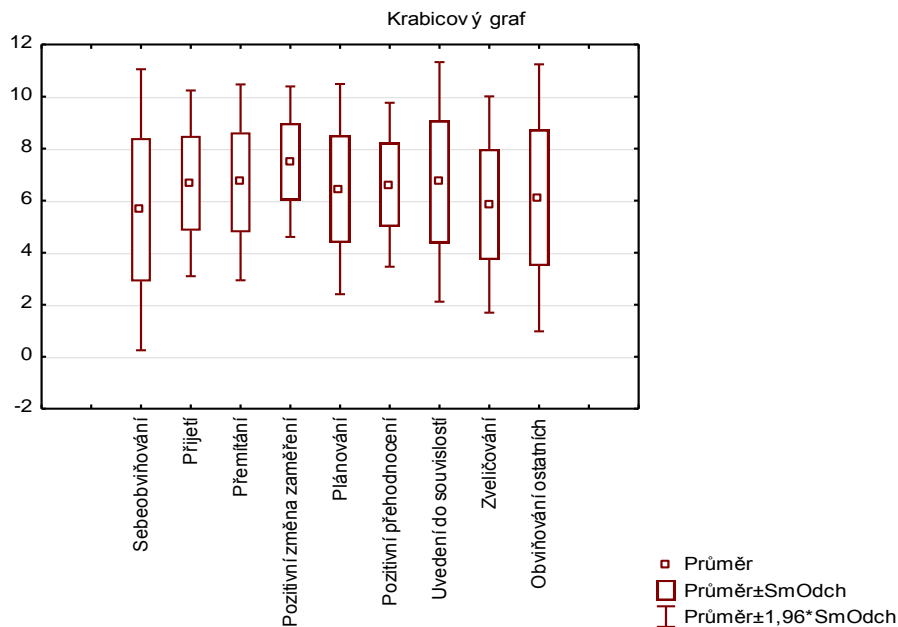
Celkovou průměrnou hodnotu, která představuje autoregulaci emocí za pomoci využití kognitivně-emočních strategií regulace je 6,473 (z maximálně možných 10 bodů). Uživatel diagnostických zařízení využívají autoregulační dovednosti při kontrolování svých emocí, ale ne v takové míře, v jaké bychom si přáli u problémových dětí. Je však důležité poznamenat, že uživatelé diagnostického zařízení využívají regulační strategie bez ohledu na to, jestli jsou v pozitivním nebo negativním směru. Důležitou roli v rámci autoregulace emocí hraje jistě vliv kamarádů a sociálního okolí obecně, a také výchovný problém, se kterým byly poslány do zařízení ústavní výchovy. Dále nás zajímá míra využití jednotlivých kognitivně-emočních strategií regulace.

Tabulka 5 Popisná statistika míry využití jednotlivých regulačních strategií

| Proměnná | Popisné statistiky | | | | |
|--------------------------|--------------------|----------|----------|-----------|----------|
| | N platných | Průměr | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
| Sebeobviňování | 54 | 5,648148 | 2,000000 | 10,000000 | 2,755149 |
| Přijetí | 54 | 6,666667 | 3,000000 | 10,000000 | 1,822294 |
| Přemítání | 54 | 6,703704 | 3,000000 | 10,000000 | 1,919411 |
| Pozitivní změna zaměření | 54 | 7,500000 | 4,000000 | 10,000000 | 1,476227 |
| Plánování | 54 | 6,444444 | 2,000000 | 10,000000 | 2,061934 |
| Pozitivní přehodnocení | 54 | 6,611111 | 2,000000 | 10,000000 | 1,606786 |
| Uvedení do souvislostí | 54 | 6,722222 | 2,000000 | 10,000000 | 2,350565 |
| Zveličování | 54 | 5,851852 | 2,000000 | 10,000000 | 2,122720 |
| Obviňování ostatních | 54 | 6,111111 | 2,000000 | 10,000000 | 2,618272 |

Výše uvedená tabulka představuje popisnou charakteristiku míry využití jednotlivých kognitivně-emočních strategií regulace: sebeobviňování, přijetí, přemítání, pozitivní změna zaměření, plánování, pozitivní přehodnocení, zveličování a obviňování ostatních. V tabulce vidíme aritmetické průměrné hodnoty, které představují průměrný počet dosažených bodů (2 až 10), pro konkrétní regulační strategie. Z výsledku můžeme usoudit, že všechny regulační strategie jsou průměrně až nadprůměrně využívány uživateli diagnostických zařízení. Z Graf 5 jsme zjistili, že děti a mládež v diagnostických ústavech nejčastěji

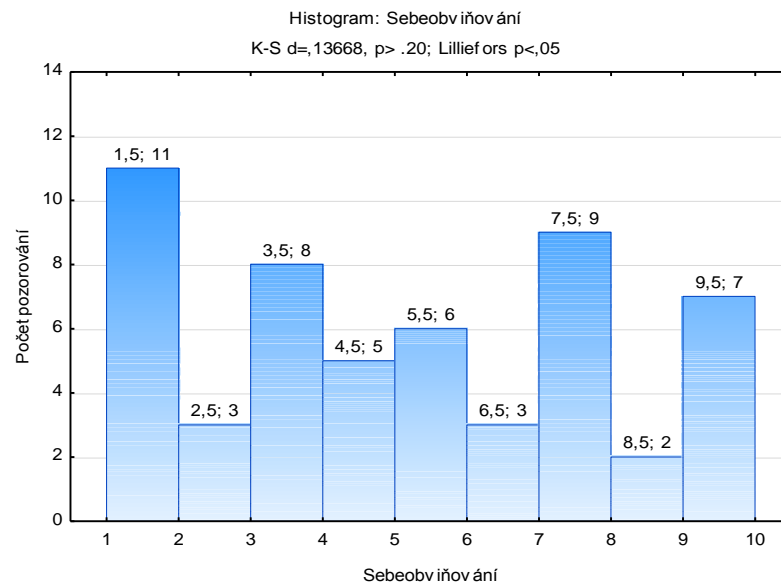
využívá kognitivně-emoční strategii regulace pozitivní změnu zaměření, která představuje průměrnou hodnotu 7,5 bodů. Dalo se to předpokládat, jelikož uživatelé prožili určité trauma, které chtějí nahradit pěknější vzpomínkou. Není překvapením, že nejméně využívanou regulační strategií je sebeobviňování (5,648 bodů).



Graf 5 Srovnání průměrných hodnot kognitivně-emočních strategií regulace

1.1. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

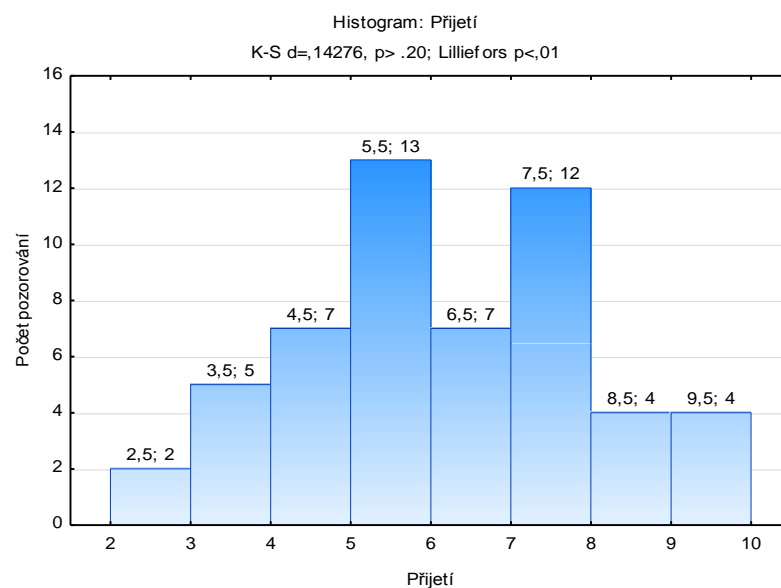
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování se pohybuje kolem hodnoty 5,648 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 1 do 2 bodů.



Graf 6 Histogram míry využití regulační strategie sebeobviňování

1.2. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

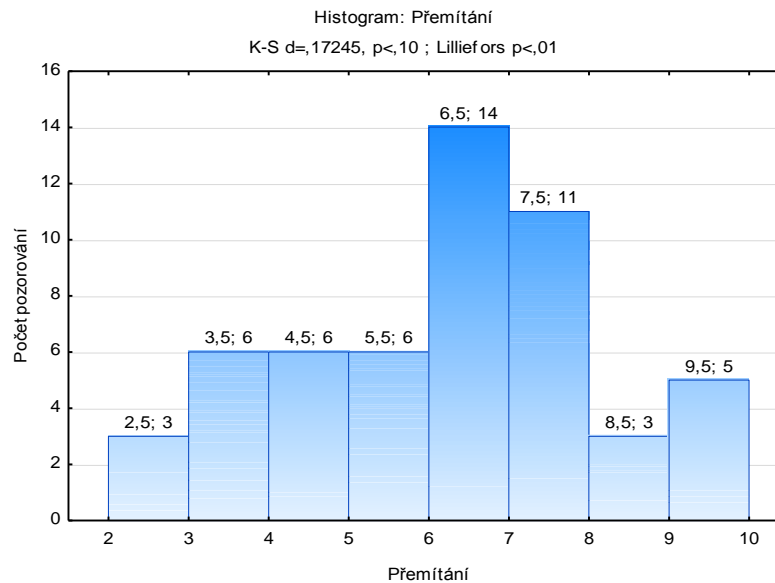
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí se pohybuje kolem hodnoty 6,667 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 5 do 6 bodů. Pod hodnotou 5 bodů se nachází čtvrtina (26%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 7 Histogram míry využití regulační strategie přijetí

1.3. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

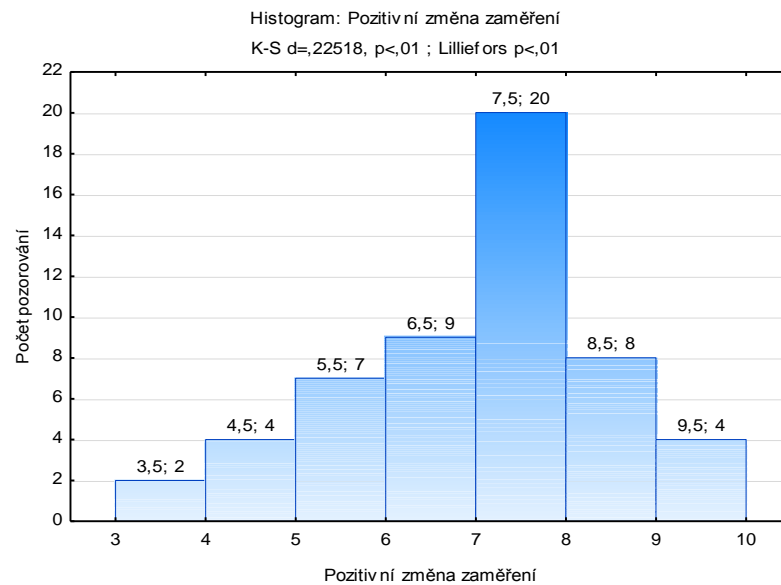
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání se pohybuje kolem hodnoty 6,704 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 6 do 7 bodů. Pod hodnotou 6 bodů se nachází menší polovina (39%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 8 Histogram míry využití regulační strategie přemítání

1.4. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změny zaměření u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

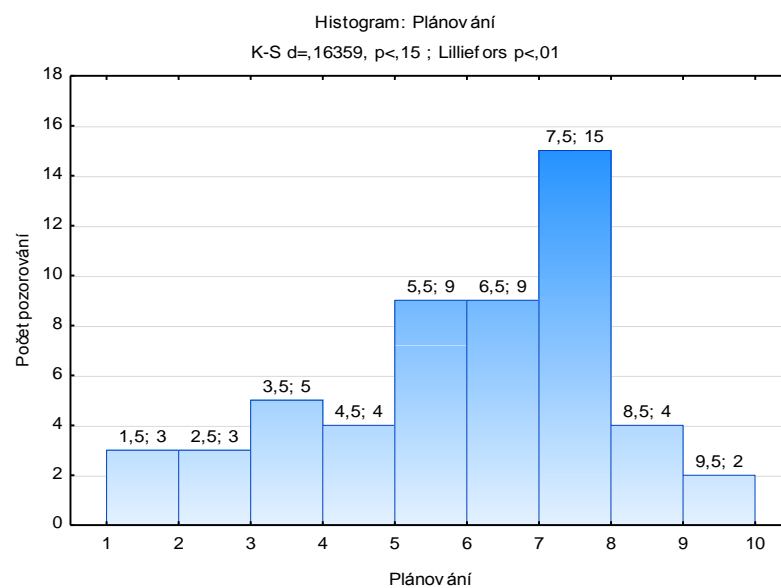
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření se pohybuje kolem hodnoty 7,5 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 7 do 8 bodů. Pod hodnotou 7 bodů se nachází menší polovina (41%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 9 Histogram míry využití regulační strategie pozitivní změna zaměření

1.5. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

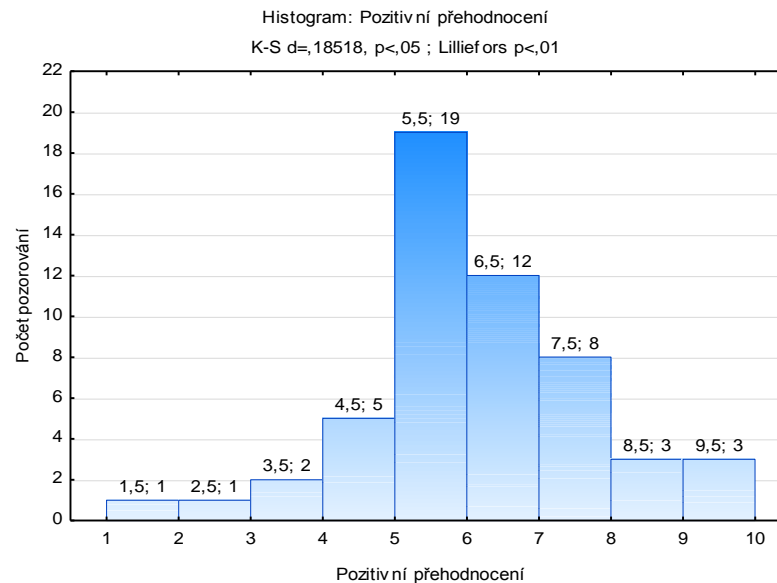
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování se pohybuje kolem hodnoty 6,444 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 7 do 8 bodů. Pod hodnotou 7 bodů se nachází větší polovina (61%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 10 Histogram míry využití regulační strategie plánování

1.6. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivního přehodnocení u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

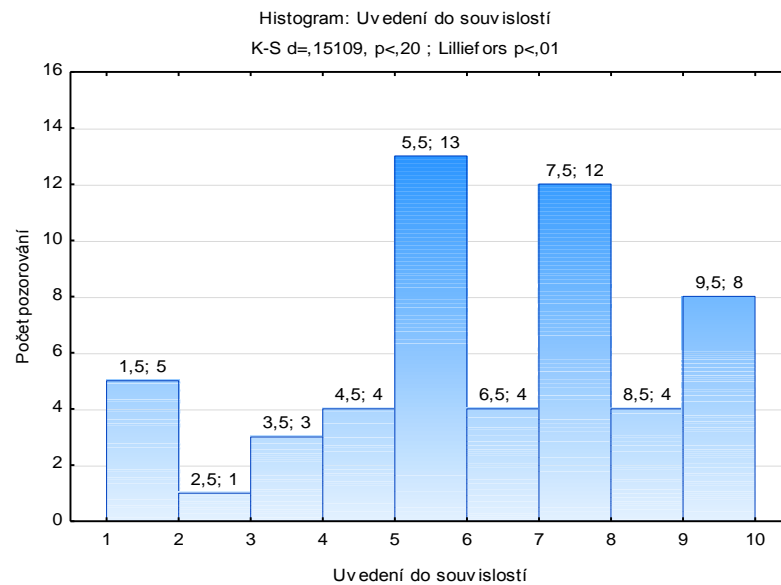
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení se pohybuje kolem hodnoty 6,611 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 5 do 6 bodů. Pod hodnotou 5 bodů se nachází 17% respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 11 Histogram míry využití regulační strategie pozitivní přehodnocení

1.7. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

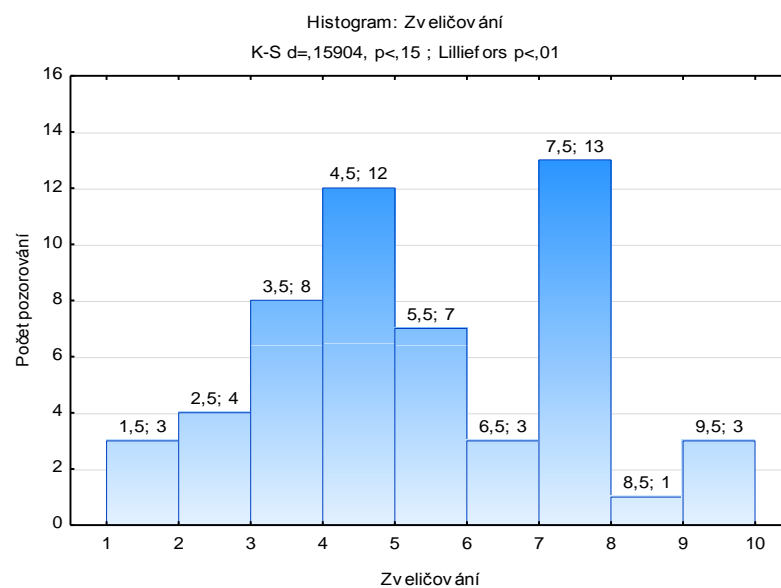
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí se pohybuje kolem hodnoty 6,722 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 5 do 6 bodů. Pod hodnotou 5 bodů se nachází téměř čtvrtina (24%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 12 Histogram míry využití regulační strategie uvedení do souvislostí

1.8. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

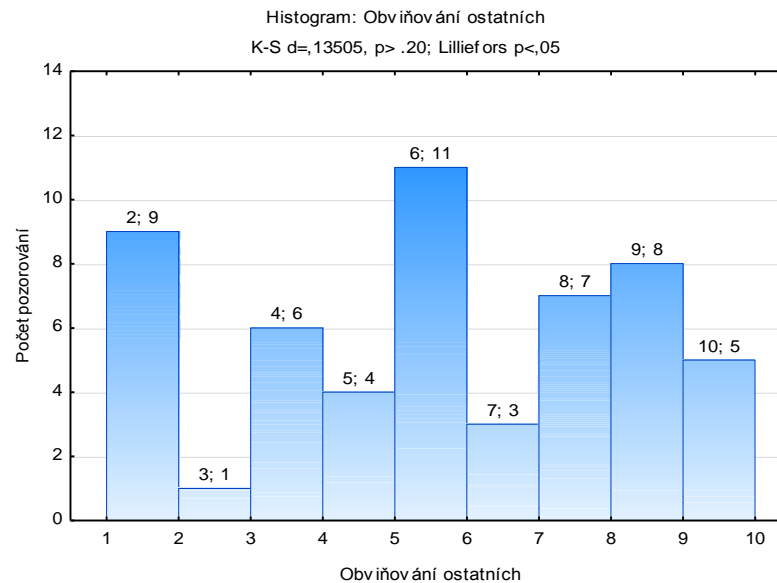
Z výsledného grafu níže je zřejmé, že průměrnou mírou využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování je hodnota kolem 5,852 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 7 do 8 bodů. Pod hodnotou 7 bodů se nachází skoro tři čtvrtiny (69%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 13 Histogram míry využití regulační strategie zveličování

1.9. Jaká je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže v diagnostických ústavech?

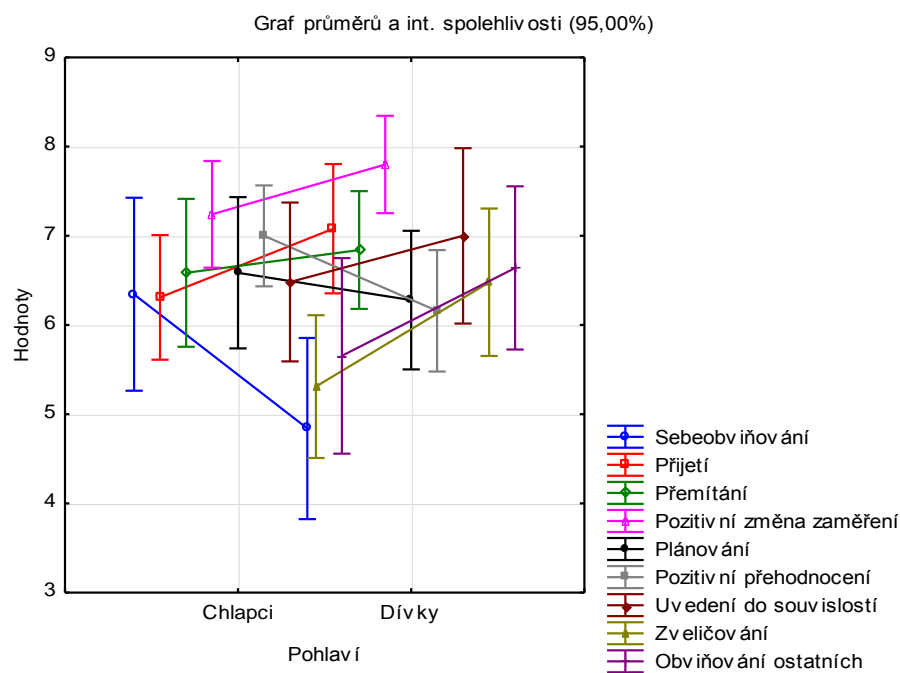
Průměrná míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních se pohybuje kolem hodnoty 6,111 bodů. Největší počet dětí a mládeže z diagnostických ústavů se nachází v rozmezí od 5 do 6 bodů. Pod hodnotou 5 bodů se nachází menší polovina (37%) respondentů ze zkoumaného vzorku.



Graf 14 Histogram míry využití regulační strategie obviňování ostatních

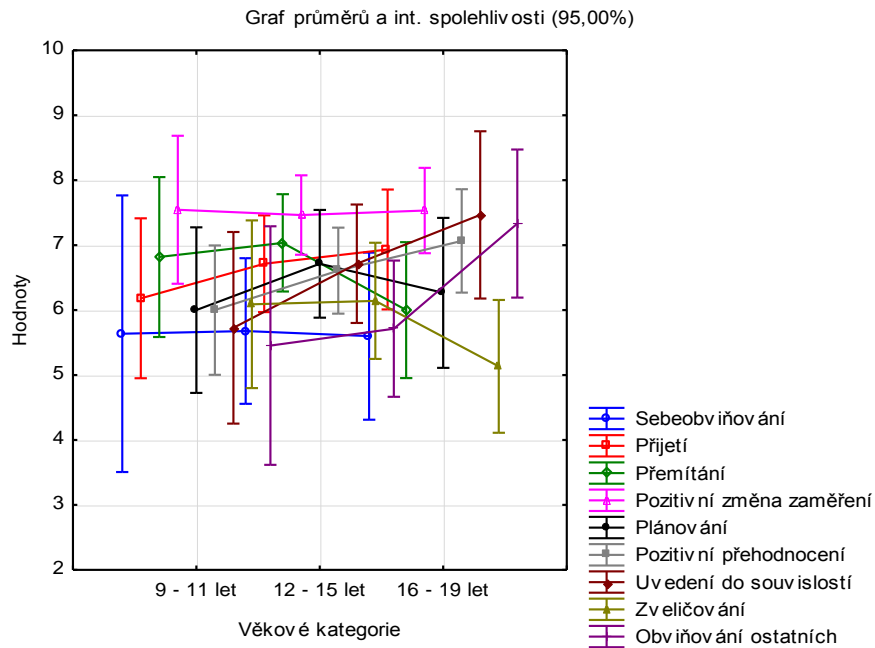
2. Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech podle vybraných faktorů?

Podle grafického znázornění níže lze vyčíst průměrné hodnoty všech kognitivně-emočních strategií regulace v závislosti na pohlaví. Největší rozdíly jsou vidět mezi chlapci a dívkami v regulační strategii sebeobviňování, pozitivní přehodnocení a zveličování. Dále nás budou zajímat jednotlivé rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace a pohlaví.



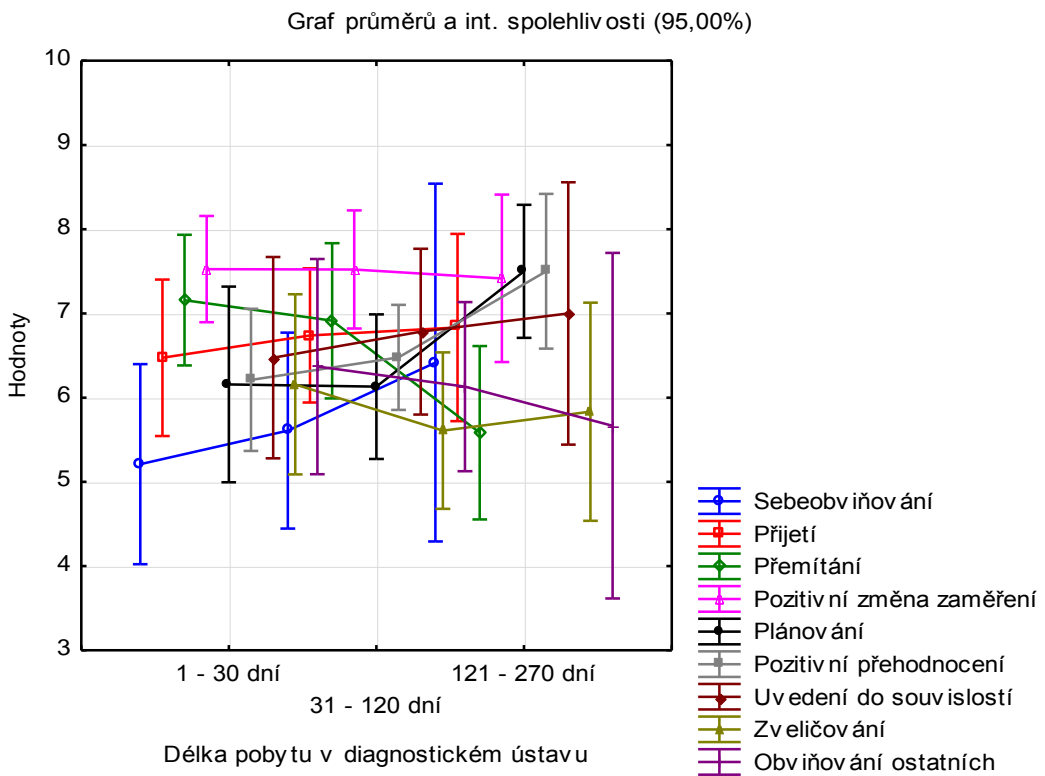
Graf 15 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska pohlaví

Graf 16 znázorňuje rozdíly mezi věkovými kategoriemi a kognitivně-emočními strategiemi regulace. Podle znázornění můžeme určit významný rozdíl v regulační strategii obviňování ostatních a věkovými kategoriemi od 12 do 15 let a od 16 do 19 let. Dále graf zobrazuje rozdíl mezi věkovými kategoriemi od 9 do 11 a od 16 do 19 let v závislosti na míře využití regulační strategie uvedení do souvislosti. Dále nás budou zajímat jednotlivé rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace a věkem.



Graf 16 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska věkových kategorií

Z Graf 17 lze vyčíst, že u dětí a mládeže v diagnostický ústavech se zvyšuje regulační strategie pozitivní přehodnocení mezi střednědobým a dlouhodobým pobytem.



Graf 17 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska délky pobytu

S rostoucí délkou pobytu se snižuje kognitivně-emoční strategie regulace zveličování. Můžeme zaznamenat rapidní snížení v regulační strategii přemítání mezi přechodem ze střednědobého pobytu na dlouhodobý pobyt. Dále nás budou zajímat jednotlivé rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace a délkou pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech.

2.1. Jaké jsou rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech z hlediska pohlaví?

H_{1A} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 6 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|----------------|---|----------|----------|----|---------|------------|-------------|------------|------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Sebeobviňování | 4,840000 | 6,344828 | -2,06177 | 52 | 0,04424 | 25 | 29 | 2,461030 | 2,844492 |

Z výsledků vyplývá, že existují statisticky významné rozdíly ($p = 0,04424$; $p < 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování u dívek a chlapců. Odmítáme nulovou hypotézu. Dívky ve větší míře využívají regulační strategii sebeobviňování než chlapci.

H_{1B} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 7 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|----------|---|----------|----------|----|----------|------------|-------------|------------|------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Přijetí | 7,080000 | 6,310348 | 1,568754 | 52 | 0,122771 | 25 | 29 | 1,754043 | 1,834266 |

Z tabulky zjišťujeme, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,122771$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dívek a chlapců. Nezamítáme nulovou hypotézu.

H_{1C} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 8 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|-----------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Přemítání | 6,840000 | 6,586207 | 0,480963 | 52 | 0,632560 | 25 | 29 | 1,598956 | 2,179732 |

Z výsledné tabulky, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,632560$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dívek a chlapců. Nulovou hypotézu nezamítáme.

H_{1D} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 9 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Pozitivní změna zaměření | 7,800000 | 7,241375 | 1,399017 | 52 | 0,167745 | 25 | 29 | 1,322876 | 1,573331 |

Z výsledků vyplývá, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,167745$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření u dívek a chlapců. Nulovou hypotézu nezamítáme.

H_{1E} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 10 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|-----------|---|-------------|-----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Plánování | 6,280000 | 6,586207 | -0,540496 | 52 | 0,591163 | 25 | 29 | 1,882374 | 2,228344 |

Z tabulky zjišťujeme, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,591163$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dívek a chlapců. Nulovou hypotézu nezamítáme.

H_{1F} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 11 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|------------------------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Pozitivní přehodnocení | 6,160000 | 7,000000 | -1,96666 | 52 | 0,054566 | 25 | 29 | 1,650253 | 1,488048 |

Dle výsledné tabulky neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,054566$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení u dívek a chlapců. Nezamítáme nulovou hypotézu.

H_{1G} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislosti mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 12 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|------------------------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Uvedení do souvislostí | 7,000000 | 6,482755 | 0,803594 | 52 | 0,425290 | 25 | 29 | 2,380476 | 2,339424 |

Z tabulky zjišťujeme, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,425290$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí u dívek a chlapců. Nezamítáme nulovou hypotézu.

H_{IH} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 13 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|-------------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Zveličování | 6,480000 | 5,310345 | 2,081515 | 52 | 0,042327 | 25 | 29 | 2,002495 | 2,106172 |

Z tabulky zjišťujeme, že existují statisticky významné rozdíly ($p = 0,042327$; $p < 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dívek a chlapců. Odmítáme nulovou hypotézu. Chlapci ve větší míře využívají regulační strategii zveličování než dívky.

H_{II} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech.

Tabulka 14 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních na základě pohlaví

| Proměnná | t-testy; grupováno: Pohlaví Skup. 1: Dívky Skup. 2: Chlapci | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------------|----------|----|----------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| | Průměr 2 | Průměr 1 | t | sv | p | Poč.plat 2 | Poč.plat. 1 | Sm.odch. 2 | Sm.odch. 1 |
| Obviňování ostatních | 6,640000 | 5,655172 | 1,390292 | 52 | 0,170362 | 25 | 29 | 2,215100 | 2,881912 |

Z tabulky zjišťujeme, že neexistují statisticky významné rozdíly ($p = 0,170362$; $p > 0,05$) v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dívek a chlapců. Nulovou hypotézu nezamítáme.

2.2. Jaké jsou rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v diagnostických ústavech z hlediska věku?

H_{2A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 15 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Sebeobviňování | 0,062217 | 2 | 0,031109 | 402,2526 | 51 | 7,887306 | 0,003944 | 0,996064 |

Z výsledné tabulky je zřejmé, že díky signifikanci ($p = 0,996064$), která je větší než hladina významnosti 0,05, nezamítáme nulovou hypotézu. Což znamená, že se nevyskytují statisticky významné rozdíly mezi věkovými kategoriemi a v míře využití regulační strategie sebeobviňování u dětí a mládeže v diagnostických ústavech. Nejvyšší průměrnou hodnotu (5,679 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii sebeobviňování představují uživatelé diagnostického zřízení ve věku 12-15 let.

H_{2B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 16 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Přijetí | 3,716017 | 2 | 1,858009 | 172,2840 | 51 | 3,378117 | 0,550013 | 0,580326 |

Z výsledků, můžeme určit, že se nevyskytují statisticky rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí a věkem uživatelů diagnostického zařízení. Signifikance se rovná hodnotě 0,580326 ($p > 0,05$), a proto nezamítáme nulovou hypotézu. Nejvyšší průměrnou hodnotu (6,933 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii přijetí představují uživatelé diagnostického zřízení ve věku 16 - 19 let.

H_{2C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 17 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-----------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Přemítání | 10,65861 | 2 | 5,32930€ | 184,600€ | 51 | 3,619621 | 1,47233€ | 0,238974 |

Ze zjištěných hodnot vyplývá, že neexistují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání a věkovým kategoriím. Nezamítáme nulovou hypotézu ($p = 0,238974$; $p > 0,05$). Nejvyšší průměrnou hodnotu (7,036 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii přemítání představuje kategorie uživatelů diagnostického zařízení ve věku 12 - 15 let.

H_{2D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 18 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Pozitivní změna zaměření | 0,07510€ | 2 | 0,037554 | 115,424€ | 51 | 2,26323€ | 0,01659€ | 0,98354€ |

Z výsledné tabulky vyplývá, že signifikance je 0,983549, je tudíž větší než 0,05, a proto nezamítáme nulovou hypotézu. Neexistují tedy statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření a věkovými kategoriemi. Nejvyšší průměrnou hodnotu v regulační strategii pozitivní změna zaměření představuje věková kategorie od 9 do 11 let. Aritmetický průměr je 7,545 bodů z max. 10 bodů.

H_{2E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 19 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-----------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Plánování | 4,685714 | 2 | 2,342857 | 220,647€ | 51 | 4,326424 | 0,54152€ | 0,58517€ |

Ve výsledcích je zřejmé, že neexistují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování a věku uživatelů diagnostického ústavu. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,58517$; $p > 0,05$). Nejvyšší průměrnou hodnotu (6,714 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii plánování představují uživatelé diagnostického zřízení ve věku od 12 do 15 let.

H_{2F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 20 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu | | | | | | | F | p |
|------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | | | |
| Pozitivní přehodnocení | 7,22142 | 2 | 3,61071 | 129,611 | 51 | 2,54141 | 1,42075 | 0,25092 | |

Díky signifikanci, která má hodnotu 0,250929 a je vyšší než 0,05, nezamítáme nulovou hypotézu. Proto neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití regulační strategie pozitivní přehodnocení a věkovými kategoriemi. Nejvyšší průměrnou hodnotu (7,067 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii pozitivní přehodnocení představují uživatelé diagnostického zřízení ve věku od 16 do 19 let.

H_{2G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislosti u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 21 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislosti podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu | | | | | | | F | p |
|------------------------|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|---------|---|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | | | |
| Uvedení do souvislosti | 19,2039 | 2 | 9,60194 | 273,629 | 51 | 5,36528 | 1,78964 | 0,17734 | |

Ze zjištěných hodnot vyplývá, že neexistují statistické rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislosti a věkovým kategoriím. Nezamítáme nulovou hypotézu ($p = 0,177349$; $p > 0,05$). Nejvyšší průměrnou hodnotu (7,467 bodů z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii uvedení do souvislosti představuje kategorie uživatelů diagnostického zřízení ve věku 16 - 19 let.

H_{2H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 22 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Zveličování | 10,74382 | 2 | 5,371910 | 228,0710 | 51 | 4,471980 | 1,201237 | 0,309189 |

Z výsledné tabulky vyplývá, že signifikance je 0,309189, je tudíž větší než 0,05, a proto nezamítáme nulovou hypotézu. Neexistují tedy statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování a věkovými kategoriemi. Nejvyšší průměrnou hodnotu v regulační strategii zveličování představuje věková kategorie od 12 do 15 let. Aritmetický průměr je 6,143 bodů z max. 10 bodů.

H_{2I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku.

Tabulka 23 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních podle věku

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Obviňování ostatních | 31,55844 | 2 | 15,77922 | 331,7749 | 51 | 6,505390 | 2,425561 | 0,098566 |

Ve výsledcích je zřejmé, že neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních a věku uživatelů diagnostického ústavu. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,098566$; $p > 0,05$). Nejvyšší průměrnou hodnotu (7,333 z max. 10 bodů) v kognitivně-emoční regulační strategii plánování představují uživatelé diagnostického zařízení ve věku 16 – 19 let.

2.3. Existují rozdíly v použití kognitivně-emočních strategií regulace u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu?

H_{3A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace sebeobviňování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 24 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|---------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Sebeobviňování | 10,7619 | 2 | 5,38099 | 391,552 | 51 | 7,67750 | 0,70087 | 0,50086 |

Ze zjištěných hodnot vyplývá, že neexistují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování a délce pobytu uživatelů v diagnostických ústavech. Nezamítáme nulovou hypotézu ($p = 0,500865$; $p > 0,05$). Na základě délky pobytu, míra využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování vzrůstala.

H_{3B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přijetí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 25 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|---------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Přijetí | 1,16170 | 2 | 0,58085 | 174,838 | 51 | 3,42820 | 0,16943 | 0,84461 |

Z výsledné tabulky vyplývá, že signifikance je 0,844616, je tudíž větší než 0,05, a proto nezamítáme nulovou hypotézu. Neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí a délkou pobytu uživatelů diagnostického zařízení. Na základě délky pobytu vzrůstá míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí.

H_{3C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přemítání u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 26 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-----------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Přemítání | 19,99015 | 2 | 9,995095 | 175,2691 | 51 | 3,436648 | 2,908384 | 0,063663 |

Ve výsledcích je zřejmé, že neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání a délky pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,063663$; $p > 0,05$). Na základě pobytu se pomalu snižuje míra využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání.

H_{3D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 27 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|--------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Pozitivní změna zaměření | 0,107361 | 2 | 0,053680 | 115,3926 | 51 | 2,262601 | 0,023725 | 0,976565 |

Ze zjištěných hodnot vyplývá, že neexistují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření a délce pobytu uživatelů v diagnostických ústavech. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,9976565$; $p > 0,05$). Na základě pobytu se pomalu snižuje míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření.

H_{3E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace plánování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 28 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-----------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Plánování | 17,19832 | 2 | 8,599161 | 208,1350 | 51 | 4,081075 | 2,107080 | 0,132054 |

Z výsledné tabulky vyplývá, že signifikance je 0,132054, je tudíž větší než 0,05, a proto nezamítáme nulovou. Neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování a délkou pobytu uživatelů diagnostického zařízení. Na základě pobytu, míra využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování kolísá.

H_{3F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 29 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000 | | | | | | | |
|------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Pozitivní přehodnocení | 12,93631 | 2 | 6,468154 | 123,8970 | 51 | 2,429353 | 2,662500 | 0,079462 |

Ve výsledcích je zřejmé, že neexistují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení a délkou pobytu uživatelů diagnostického ústavu. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,079462$; $p > 0,05$). Na základě pobytu se pomalu zvyšuje míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení.

H_{3G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 30 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. p < ,05000 | | | | | | | |
|------------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Uvedení do souvislostí | 2,183448 | 2 | 1,091724 | 290,6493 | 51 | 5,699017 | 0,191564 | 0,826259 |

Ve výsledcích je zřejmé, že neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí a délkou pobytu uživatelů diagnostického ústavu. Nulovou hypotézu nezamítáme ($p = 0,826259$; $p > 0,05$). Na základě pobytu se míra využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení se pomalu zvyšuje.

H_{3H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace zveličování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 31 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|-------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Zveličování | 3,143571 | 2 | 1,571786 | 235,6712 | 51 | 4,621006 | 0,340136 | 0,713273 |

Ze zjištěných hodnot vyplývá, že neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování a délce pobytu uživatelů v diagnostických ústavech. Nezamítáme nulovou hypotézu ($p = 0,713273$; $p > 0,05$). Na základě pobytu je míra využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování kolísavá.

H_{3I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu.

Tabulka 32 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních v závislosti na délce pobytu

| Proměnná | Analýza rozptylu Označ. efekty jsou význ. na hlad. $p < ,05000$ | | | | | | | |
|----------------------|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| | SČ efekt | SV efekt | PČ efekt | SČ chyba | SV chyba | PČ chyba | F | p |
| Obviňování ostatních | 3,636916 | 2 | 1,818459 | 359,6964 | 51 | 7,052871 | 0,257832 | 0,773726 |

Z výsledné tabulky vyplývá, že signifikance je 0,773726, je tudíž větší než 0,05, a proto nezamítáme nulovou hypotézu. Neexistují statisticky významné rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních a délkou pobytu uživatelů diagnostického zařízení. Na základě pobytu klesá míra využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních.

3. Do jaké míry vnímají vliv sociálního okolí děti a mládež v diagnostických ústavech?

Tabulka 33 Průměrné hodnoty vnímaného vlivu sociálního okolí

| Proměnná | Popisné statistiky | | | | |
|-----------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|
| | N platných | Průměr | Minimum | Maximum | Sm.odch. |
| Vliv/učitel | 54 | 2,962963 | 1,000000 | 5,000000 | 1,413719 |
| Vliv/vychovatel | 54 | 2,907407 | 1,000000 | 5,000000 | 1,404420 |
| Vliv/rodiče | 54 | 3,166667 | 1,000000 | 5,000000 | 1,476227 |
| Vliv/sourozenci | 46 | 3,391304 | 1,000000 | 5,000000 | 1,324609 |
| Vliv/prarodiče | 48 | 3,000000 | 1,000000 | 5,000000 | 1,584499 |
| Vliv/přítel | 32 | 3,593750 | 1,000000 | 5,000000 | 1,364513 |
| Vliv/kamarádi | 52 | 3,711538 | 1,000000 | 5,000000 | 1,242018 |
| Vliv/média | 53 | 2,716981 | 1,000000 | 5,000000 | 1,378089 |
| Vliv/názory | 52 | 2,980769 | 1,000000 | 5,000000 | 1,602576 |

Graf 18 Srovnání průměrných hodnot vnímaného vlivu sociálního okolí

Respondenti měli možnost zvážit, do jaké míry vnímají ovlivnění ze strany sociálního okolí. Z provedeného šetření jsme zjistili, že největší vliv na chování dětí a mládeže v diagnostických ústavech mají kamarádi, poté jejich partneři, a dále tomu jsou sourozenci, rodiče, prarodiče, sociální síť, učitelé a vychovatelé. Nejmenší vliv na ně mají média (televize, noviny, rádio apod.) Z hlediska mnohých problematik, týkajících se dětí a mládeže na sociálních sítích, jsme během tohoto výzkumu zjistili, že věková skupina dětí a mládeže ve věku od 12 do 15 let je ve velké míře (3,3/5 bodů) je ovlivňována názory ze sociálních sítí.

3.1. Jaká je souvislost mezi vnímaným vlivem kamarádů s využitím kognitivně-emočních strategií regulace?

H₄ : Čím vyšší je vnímaný vliv kamarádů, tím nižší je využití kognitivně-emoční strategie regulace.

Z Tabulka 33 vyplývá, že děti a mládež z diagnostických ústavů si nejvíce uvědomují vliv, který na ně mají kamarádi (3,7 z maximálně možných 5 bodů).

Z hlediska kognitivně-emočních strategií regulace existuje souvislost mezi regulační strategií zveličování a vnímaným vlivem kamarádů. Koeficient korelace představuje hodnotu -0,529228, což naznačuje nepřímou souvislost. Čím vyšší je vnímaný vliv kamarádů, tím nižší je kognitivně-emoční strategie regulace zveličování.

Tabulka 34 Souvislost mezi vnímaným vlivem kamarádů a kognitivně-emočními strategiemi regulace

| Proměnná | Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | |
|--------------------------|---|------------------|
| | Vliv/kamarádi | |
| Sebeobviňování | | -0,005383 |
| Přijetí | | -0,177173 |
| Přemítání | | -0,071220 |
| Pozitivní změna zaměření | | -0,080057 |
| Plánování | | -0,408538 |
| Pozitivní přehodnocení | | -0,257086 |
| Uvedení do souvislostí | | -0,265859 |
| Zveličování | | -0,519118 |
| Obviňování ostatních | | -0,055403 |

Dále nás zaujali výsledky celkové korelační analýzy, která představuje souvislosti jednotlivých kognitivně-emočních strategií regulace a vnímaným vlivem sociálního okolí. Z výsledků korelace vyplývá nepřímá souvislost mezi vnímaným vlivem učitele a regulačními strategiemi: přijetí a obviňování ostatních. Čím vyšší je vnímaný vliv učitele, tím nižší je regulační strategie obviňování ostatních, a zároveň nižší regulační strategie přijetí.

Tabulka 35 Souvislost mezi vnímaným vlivem sociálního okolí a kognitivně-emočními strategiemi regulace

| Proměnná | Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | | | |
|--------------------------|---|-----------------|------------------|-----------------|
| | Vliv/učitel | Vliv/vychovatel | Vliv/rodiče | Vliv/sourozenci |
| Sebeobviňování | -0,015604 | 0,049939 | 0,343358 | 0,124612 |
| Přijetí | -0,413258 | 0,152379 | -0,357897 | -0,178577 |
| Přemítání | 0,290584 | 0,617252 | -0,037381 | 0,249615 |
| Pozitivní změna zaměření | -0,016461 | -0,082115 | 0,174009 | 0,733465 |
| Plánování | 0,108687 | 0,444132 | 0,389247 | 0,342708 |
| Pozitivní přehodnocení | 0,220206 | 0,127414 | 0,115994 | 0,186924 |
| Uvedení do souvislostí | -0,015944 | 0,073987 | -0,091933 | 0,015258 |
| Zveličování | 0,153777 | 0,673018 | 0,183034 | 0,218039 |
| Obviňování ostatních | -0,486970 | -0,328800 | -0,585708 | -0,323510 |

Pozitivní souvislost nalezneme mezi vnímaným vlivem vychovatele a kognitivně-emočními strategiemi regulace: plánování, přemítání a zveličování. Čím vyšší je vnímaný

vliv vychovatele, tím vyšší jsou regulační strategie přemítání, plánování a zveličování. Mezi regulační strategií obviňování ostatních a vnímaným vlivem rodičů zaznamenáváme nepřímou souvislost, což znamená, že čím je vyšší vnímaný vliv rodičů, tím nižší je regulační strategie obviňování ostatních. Další pozitivní souvislost s regulačními strategiemi nalezneme u vnímaného vlivu sourozenců, prarodičů a médií. Čím vyšší je vnímaný vliv sourozenců, tím vyšší je regulační strategie pozitivní změna zaměření. Čím vyšší je vnímaný vliv prarodičů, tím vyšší je kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení. Jestli vzrůstá vnímaný vliv médií na uživatele diagnostického zařízení, tím vzrůstá i míra využití regulační strategie přijetí.

| Proměnná | Korelace Označ. korelace jsou významné na hlad. $p < ,05000$ | | | | |
|--------------------------|---|-------------|-----------------|----------------|-------------|
| | Vliv/prarodiče | Vliv/přítel | Vliv/kamarádi | Vliv/média | Vliv/názory |
| Sebeobviňování | 0,12454 | 0,17884 | -0,00538 | 0,14876 | 0,09413 |
| Přijetí | 0,09501 | -0,17720 | -0,17717 | 0,42881 | 0,29200 |
| Přemítání | 0,13414 | -0,06337 | -0,07122 | -0,00148 | -0,13210 |
| Pozitivní změna zaměření | 0,24239 | 0,20908 | -0,08005 | -0,38558 | -0,03920 |
| Plánování | 0,20109 | -0,24737 | -0,40853 | -0,32198 | -0,40697 |
| Pozitivní přehodnocení | 0,56794 | -0,33207 | -0,25708 | -0,17580 | -0,20506 |
| Uvedení do souvislostí | -0,01322 | -0,39905 | -0,26585 | -0,06208 | -0,08284 |
| Zveličování | 0,13811 | -0,14830 | -0,51911 | -0,16275 | -0,35737 |
| Obviňování ostatních | -0,29640 | -0,22903 | 0,05540 | 0,12567 | 0,24856 |

5.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit míru autoregulace emocí u dětí a mládeže, jenž jsou umístěné v diagnostických ústavech. Dílčím cílem bylo zjistit, míru využívání kognitivně-emočních strategií regulace: sebeobviňování, přijetí, přemítání, pozitivní změna zaměření, plánování, pozitivní přehodnocení, uvedení do souvislostí, zveličování, obviňování ostatních, zároveň bylo cílem zjistit, která z devíti oblastí kognitivně-emočních strategií regulace je nejvíce využívána (dosahuje nejvyšší hodnoty) u dětí a mládeže v diagnostických zařízeních, jelikož je důležité si uvědomit, v jaké oblasti má uživatel diagnostického zařízení problém ovládat své emoce. Nakonec bylo cílem zjistit, do jaké míry sociální okolí ovlivňuje vnímané chování dětí a mládeže, které se nachází v diagnostickém zařízení.

Celková míra autoregulace emocí za pomoci míry využití kognitivně-emočních strategií regulace představuje průměrnou hodnotu 6,5 bodů z celkově možných 10 bodů. Celková míra autoregulace emocí byla vyhodnocena jako lehce nadprůměrná. Děti a mládež v diagnostických zařízeních využívají kognitivně-emoční strategie regulace, ale ne v takové míře, jak by se dalo očekávat. Nejvíce využívanou regulační strategií je pozitivní

změna zaměření, která dosáhla průměrné hodnoty 7,5 bodů z možných 10 dosažených bodů. A naopak nejméně využívanou kognitivně-emoční strategií regulace se stalo sebeobviňování s 5,6 body. Z hlediska využívání regulačních strategií v závislosti na pohlaví, převyšovaly u dětí regulační strategie: sebeobviňování, pozitivní přehodnocení a zveličování. V závislosti na věkových kategoriích jsou vidět evidentní rozdíly mezi druhou (12 – 15 let) a třetí (16 – 19 let) věkovou kategorií z hlediska míry využívání kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování. Další markantní rozdíl lze vidět mezi první (9 – 11 let) a třetí (16 – 19 let) věkovou kategorií z hlediska míry využití regulační strategie uvedení do souvislostí. Z hlediska délky pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech lze pozorovat rapidní snížení regulační strategie přemítání a to při přechodu ze střednědobého pobytu na dlouhodobý pobyt. Celkové pomalé snižování, díky délce pobytu, zaznamenáváme u regulační strategie zveličování. Což znamená, že se zvyšující se délkou pobytu si uživatel diagnostického zařízení uvědomuje tíživou nebo špatnou událost a už ji nijak nezveličuje.

Z hlediska vnímaného vlivu sociálního okolí na děti a mládež v diagnostickém zařízení bylo zjištěno, že uživatelé si uvědomují, že je nejvíce ovlivňují kamarádi, kteří dosáhli z celkového počtu 5 bodů 3,7 bodů. Dále si pak uvědomují vliv na jejich chování ze strany partnerů (3,6/5 bodů); sourozenců (3,4/5 bodů); rodičů (3,2/5 bodů); prarodičů (3/5 bodů); názorů, které byly napsány na sociálních sítích (2,98/5 bodů); učitelů (2,96/5 bodů); vychovatelů (2,9/5 bodů) a nejméně si uvědomují vliv médií (2,7/5 bodů) na jejich chování. Díky provedené korelační analýze byla zjištěna souvislost mezi regulačními strategiemi a vnímaným vlivem sociálního okolí. Jestli vzrůstá vnímaný vliv učitelů či rodičů, tak zároveň klesá regulační strategie obviňování ostatních. Čím vyšší je vnímaný vliv vychovatele, tím vyšší jsou kognitivně-emoční strategie regulace: přemítání, plánování a zveličování. Naopak pokud vzrůstá vnímaný vliv kamarádů na uživatele diagnostického zařízení, tak klesá regulační strategie zveličování.

Tabulka 36 Shrnutí výzkumu – ověření hypotéz

| Hypotéza | Ověření |
|---|-------------|
| H _{1A} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | zamítnuta |
| H _{1B} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1C} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1D} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1E} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1F} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1G} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{1H} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | zamítnuta |
| H _{1I} : Existuje rozdíl v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních mezi dívkami a chlapci, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech. | nezamítnuta |
| H _{2A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústa- | nezamítnuta |

| | |
|--|-------------|
| vech v závislosti na jejich věku. | |
| H _{2B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přijetí u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace přemítání u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace plánování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace zveličování u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{2I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže, jež jsou umístěni v diagnostických ústavech v závislosti na jejich věku. | nezamítnuta |
| H _{3A} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace sebeobviňování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3B} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přijetí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |

| | |
|---|-------------|
| H _{3C} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace přemítání u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3D} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní změna zaměření u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3E} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace plánování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3F} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace pozitivní přehodnocení u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3G} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace uvedení do souvislostí u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3H} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace zveličování u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H _{3I} : Existují rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace obviňování ostatních u dětí a mládeže v závislosti na délce pobytu v diagnostickém ústavu. | nezamítnuta |
| H ₄ : Čím vyšší je vnímaný vliv kamarádů, tím nižší je využití kognitivně-emoční strategie regulace. | nezamítnuta |

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na problematiku autoregulace emocí u dětí a mládeže, jenž jsou umístěné v diagnostických zařízeních. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru autoregulace emocí u dětí a mládeže v diagnostických ústavech pomocí kognitivně-emočních strategií regulace (sebeobviňování, obviňování ostatních, přemítání, přijetí, zveličování, pozitivní přehodnocení, pozitivní změna zaměření a uvedení do souvislostí). V práci jsme zjišťovaly rozdíly mezi regulačními strategiemi a různými kategoriemi. Různými kategoriemi se myslí pohlaví, věkové rozčlenění a délka pobytu uživatele v diagnostickém zařízení. Dílčím cílem bylo zjistit, podle uživatele kdo má na něj největší vliv ze sociálního okolí. Následně jsme se zaměřili na souvislost, která probíhá mezi využitím kognitivně-emočními strategiemi regulace a vnímaným vlivem sociálního okolí na uživatele diagnostického zařízení. Pro zjištění míry využití autoregulace pomocí kognitivně-emočních strategií regulace jsme použili zahraniční standardizovaný dotazník CERQ-k, který jsme poupravili.

Celková míra autoregulace se jeví jako lehce nadprůměrná. Bylo zjištěno, že uživatelé diagnostických zařízení využívají autoregulační dovednosti při kontrolování svých emocí. Důležitou roli v rámci autoregulace emocí hrál vliv kamarádů. Uživatelé využívají nejvíce kognitivně-emoční strategii regulace pozitivní změnu zaměření. Dá se předpokládat, že chtějí vzpomínat na hezčí vzpomínky, a tak se snaží jimi nahradit traumatizující zážitek nebo nepříjemnou situaci, kterou prožili. Nejméně využívanou regulační strategií bylo zjištěno sebeobviňování.

Z pohledu rozdílů mezi kognitivně-emočními strategiemi regulace a pohlavím, byly zjištěny rozdíly mezi chlapci a dívkami v regulační strategii sebeobviňování, zveličování a pozitivní přehodnocení. V rámci věkových kategorií jsme zjistili, že uživatelé ve věku 12 – 15 let nejvíce obviňují sami sebe, a zároveň si nedokážou zpětně prožitou situaci vyhodnotit a pojmout vše, co se stalo. S rostoucí délkou pobytu se snižuje kognitivně-emoční strategie regulace zveličování. Můžeme zaznamenat rapidní snížení v regulační strategii přemítání mezi přechodem ze střednědobého pobytu na dlouhodobý pobyt. Dále nás budou zajímat jednotlivé rozdíly v míře využití kognitivně-emočních strategií regulace a délkou pobytu dětí a mládeže v diagnostických ústavech.

Uživatelé diagnostického zařízení vnímají největší ovlivnění ze strany kamarádů a svým partnerů/partnerek. Nejmenším vliv podle nich na ně mají filmy, televize, celkově média. Což jsme v dnešní době nepředpokládali. Ve velké míře jsou uživatelé ovlivňováni názo-

ry, které si přečtou na sociálních sítích. Je to znepokojující, neboť společnost bojuje s mnohými problémy v rámci technizace (kyberšikana, nelegální stahování, šíření pornografie aj.). Mezi vnímaným vlivem sociální okolí a kognitivně-emočními regulacemi emocí existují souvislosti. Pokud vzrůstá vnímaný vliv kamarádů na uživatele, tak klesá regulační strategie sebeobviňování. Dá se říci, že kamarádi napomáhají uživateli tolik nepřehánět, při jeho interpretaci situace. Pokud učitelé či vychovatelé působí na uživatele, tak přispívají k tomu, aby nesvalovali vinu na ostatní za své chyby. Když se podíváme na souvislost z pohledu rodiny. Můžeme dle výsledků tvrdit, že rodina podporuje pozitivní emoce uživatele. Pokud rodiče ovlivňují uživatele, tak uživatelé neobviňují své okolí, za to co se mu stalo. Čím více ovlivňují uživatele prarodiče a sourozenci, tím více začne uvažovat o nepříjemné situaci, kladněji, zpětně ji přehodnotí v pozitivním slova smyslu.

Diplomová práce bude poskytnuta diagnostickým zařízením, kde proběhl výzkum. Bude inspirací pro další výzkumy v oblasti autoregulace emocí, jelikož je jich stále málo. Široké veřejnosti by mohla sloužit jako prvotní informace o autoregulaci emocí, zejména o poruchách chování a výchovných problémech dětí a mládeže, kteří jsou umístěny v diagnostického zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ATKINSON, Rita L., 2003. *Psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- [2] BAUMEISTER, Roy F., 2005. *The Cultural Animal: Human Nature, Meaning, and Social Life*. London: Oxford University Press. ISBN 978-0195167030.
- [3] BOEKAERTS, Monique, 2011. Emotions, Emotion Regulation, and Self-Regulation of Learning. In: ZIMMERMAN, Barry J. a Dale H. SCHUNK. *Handbook of self-regulation of learning and performance*. New York: Routledge. ISBN 978-0-415-87112-9.
- [4] BOROSSA, Julia et al, 2002. *Témata psychoanalýzy I: nevědomí, afekty a emoce, úzkost, fantazie, hysterie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8609-8.
- [5] CSÉMY, Ladislav a Pavla CHOMYNOVÁ, 2012. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, roč. 10. ISSN 1214-1089.
- [6] ČESKO, 1963. Zákon č. 94 ze dne 4. prosince 1963 o rodině. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Částka 53. Dostupné také z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=1232
- [7] ČESKO, 2002. Zákon č. 109 ze dne 5. února 2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 48. Dostupný také z: <http://aplikace.msmt.cz/PDF/sb048-02.pdf>
- [8] ČESKO, 2009. Zákon č. 40 ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 11. Dostupné také z: www.mvcr.cz/soubor/sb011-09-pdf.aspx
- [9] DANEK, Ján, 2007. *Prevenia kriminality v prostredí detí a mládeže*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda. ISBN 978-80-89220-94-6.
- [10] DUNOVSKÝ, Jiří, 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Pub. ISBN 80-716-9254-9.
- [11] ELKMAN, 1972 cit podle ALTMAN, Irwin a Daniel STOKOLS. *Handbook of environmental psychology*. Malabar, Florida: Krieger Publishing Company, 1991. ISBN 0-89464-609-5.

- [12] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-802-4750-460.
- [13] GARNEFSKI, Nadia, Carolien RIEFFE, Francine JELLESMA, Mark Meerum TERWOGT a Vivian KRAAIJ, 2007. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9–11-year-old children. *European Child*. Vol. 16, issue 1. DOI: 10.1007/s00787-006-0562-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-006-0562-3>
- [14] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [15] HELUS, Zdeněk, 1973. *Psychologické problémy socializace osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- [16] HELUS, Zdeněk, 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1168-3.
- [17] JANSKÝ, Pavel, 2004. *Problémové dítě a náhradní výchovná péče ve školských zařízeních*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-704-1114-7.
- [18] KABÍČEK, Pavel, Ladislav CSÉMY a Jana HAMANOVÁ, 2014. *Rizikové chování v dospívání a jeho vztah ke zdraví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-793-4.
- [19] KOHOUTEK, Rudolf, 2000. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: CERM. ISBN 80-720-4156-8.
- [20] KOHOUTEK, Rudolf, 2002. *Základy užití psychologie*. Brno: CERM. ISBN 80-214-2203-3.
- [21] KOLÁŘ, Michal, 2005. *Bolest šikanování*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-736-7014-3.
- [22] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ, 2001. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5004-2.
- [23] KRECH, David a Richard S. CRUTCHFIELD, 1958. *Elements of psychology*. New York: Alford A. Knopf, Inc.
- [24] LABÁTH, Vladimír et al, 2001. *Riziková mládež*. Praha: SLON. ISBN 80-85850-66-4.

- [25] LANGMEIER, Josef, Miloš LANGMEIER a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie: s úvodem do vývojové neurofyzologie*. V Praze: H & H. ISBN 80-861-8003-4.
- [26] MATĚJČEK, Zdeněk, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.
- [27] MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.
- [28] MATOUŠEK, Oldřich a Andrea MATOUŠKOVÁ, 2011. *Mládež a delikvence: možné příčiny, struktura, programy prevence kriminality mládeže*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-807-3678-258.
- [29] MAŘÍKOVÁ, Hana, 1996. *Velký sociologický slovník: A-O*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-164-1.
- [30] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize*, 2014. Vyd. 2. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-809-0425-903.
- [31] MÜHLPACHR, Pavel, 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1045-507.
- [32] MÜLLER, Lutz a Anette MÜLLER, eds., 2006. *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8863-5.
- [33] NAKONEČNÝ, Milan, 2000. *Lidské emoce*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0763-6.
- [34] NAKONEČNÝ, Milan, 2013. *Lexikon psychologie*. Vyd. 2. Praha: Vodnář. ISBN 978-80-7439-056-2.
- [35] PONĚŠICKÝ, Jan, 2004. *Agrese, násilí a psychologie moci*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4593-0.
- [36] ROGERS, Vanessa, 2011. *Kyberšikana: pracovní materiály pro učitele a žáky i studenty*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3679-842.
- [37] SEKOT, Aleš, 2010. *Úvod do sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-802-1052-611.
- [38] SHAFFER, David R a Katherine KIPP, 2010. *Developmental psychology: childhood and adolescence*. 9th edition. ISBN 978-111-1834-524.

- [39] SLAMĚNÍK, Ivan, 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4733-111.
- [40] STATT, David A., 2003. *A student's dictionary of psychology*. Hove: Psychology Press. ISBN 1-84169-342-1.
- [41] STUHLÍKOVÁ, Iva, 2002. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8553-9.
- [42] SVOBODA, Jan, 2014. *Agrese a agresivita v předškolním a mladším školním věku*. Praha: Portál. ISBN 978-802-6206-033.
- [43] SVOBODA, Mojmír, 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8545-8.
- [44] TESAŘOVÁ, 1997 cit podle MATOUŠEK, Oldřich a Andrea KROFTOVÁ. *Mládež a delikvence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-771-X.
- [45] TOMÁŠEK, František, 1992. *Pedagogika: úvod do pedagogické praxe pro vychovatele a rodiče*. Brno: Nibowaka. ISBN 80-901-2940-4.
- [46] TRAIN, Alan, 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí: jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8503-2.
- [47] UZEL, Radim a Miroslav MITLÖHNER, 2007. *Vybrané otázky lidské sexuality: texty k sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-0416-099.
- [48] VASTA, Ross, Marshall M. HAITH a Scott A. MILLER, 1992. *Child psychology: the modern science*. New York: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-88754-4.
- [49] VÁGNEROVÁ, Marie, 1997. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4488-8.
- [50] VEČERKA, Kazimír, Markéta ŠTĚCHOVÁ a Jakub HOLAS, 2000. *Problémové děti ve školských výchovných zařízeních*. Praha: Knok polygrafie. ISBN 80-865-3500-2.
- [51] VOJTOVÁ, Věra, 2008. *Kapitoly z etopedie*. Vyd. 2. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4573-6.
- [52] ZELINKOVÁ, Olga, 2001. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8544-X.

- [53] Databáze. *NÚV - Národní ústav pro vzdělávání* [online]. © 2011 – 2015 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/cinnosti/ppp/oddeleni-ustavni-a-ochrannove-vychovy-prevence-a-pracoviste/databaze-aktualnich-vyzkumu-v-oblasti-nahradni-vychovne-pece>
- [54] Institucionální výchova. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. © 2013-2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/institucionalni-vychova?highlightWords=institucion%C3%A1ln%C3%AD+v%C3%BDchova>
- [55] *Rejstřík škol a školských zařízení* [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, © 2013 – 2015 [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://rejskol.msmt.cz/>
- [56] *Statistické ročenky školství: Výkonové ukazatele* [online], © 2015. MŠMT. [cit. 2015-04-15]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- ADD Porucha pozornosti (*Attention Deficit Disorder*).
- ADHD Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*).
- CAN Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (*Child Abuse and Neglect*).
- ESPAD Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách.
- MKN Mezinárodní klasifikace nemocí.
- MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.
- SVP Středisko výchovné péče.
- WHO Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*).

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Kategorizace poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání podle MKN – 10. | 20 |
| Tabulka 2 Klasifikace typů šikany z trojdimenzionálního pohledu | 28 |
| Tabulka 3: Počet uživatelů v diagnostických ústavech | 46 |
| Tabulka 4 Popisná statistika míry využití kognitivně-emočních strategií regulace | 52 |
| Tabulka 5 Popisná statistika míry využití jednotlivých regulačních strategií | 52 |
| Tabulka 6 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování na základě pohlaví | 62 |
| Tabulka 7 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí na základě pohlaví | 62 |
| Tabulka 8 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání na základě pohlaví | 63 |
| Tabulka 9 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměřená na základě pohlaví | 63 |
| Tabulka 10 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování na základě pohlaví | 63 |
| Tabulka 11 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení na základě pohlaví | 64 |
| Tabulka 12 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí na základě pohlaví | 64 |
| Tabulka 13 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování na základě pohlaví | 65 |
| Tabulka 14 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních na základě pohlaví | 65 |
| Tabulka 15 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování podle věku | 66 |
| Tabulka 16 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí podle věku | 66 |
| Tabulka 17 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání podle věku | 67 |
| Tabulka 18 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměřeni podle věku | 67 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 19 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování podle věku | 67 |
| Tabulka 20 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení podle věku..... | 68 |
| Tabulka 21 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí podle věku | 68 |
| Tabulka 22 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování podle věku | 69 |
| Tabulka 23 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních podle věku..... | 69 |
| Tabulka 24 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace sebeobviňování v závislosti na délce pobytu..... | 70 |
| Tabulka 25 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přijetí v závislosti na délce pobytu..... | 70 |
| Tabulka 26 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace přemítání v závislosti na délce pobytu..... | 71 |
| Tabulka 27 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní změna zaměření v závislosti na délce pobytu | 71 |
| Tabulka 28 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace plánování v závislosti na délce pobytu..... | 71 |
| Tabulka 29 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace pozitivní přehodnocení v závislosti na délce pobytu..... | 72 |
| Tabulka 30 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace uvedení do souvislostí v závislosti na délce pobytu | 72 |
| Tabulka 31 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace zveličování v závislosti na délce pobytu..... | 73 |
| Tabulka 32 Srovnání výsledků kognitivně-emoční strategie regulace obviňování ostatních v závislosti na délce pobytu | 73 |
| Tabulka 33 Průměrné hodnoty vnímaného vlivu sociálního okolí..... | 74 |
| Tabulka 34 Souvislost mezi vnímaným vlivem kamarádů a kognitivně-emočními strategiemi regulace..... | 75 |
| Tabulka 35 Souvislost mezi vnímaným vlivem sociálního okolí a kognitivně-emočními strategiemi regulace..... | 75 |

Tabulka 36 Shrnutí výzkumu – ověření hypotéz 78

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 1 Útěkavost dětí z diagnostických zařízení | 26 |
| Graf 2 Počet odsouzených osob za znásilnění a sexuální zneužívání..... | 31 |
| Graf 3 Zastoupení respondentů dle věku | 47 |
| Graf 4 Zastoupení respondentů dle pohlaví..... | 47 |
| Graf 5 Srovnání průměrných hodnot kognitivně-emočních strategií regulace..... | 53 |
| Graf 6 Histogram míry využití regulační strategie sebeobviňování | 54 |
| Graf 7 Histogram míry využití regulační strategie přijetí..... | 54 |
| Graf 8 Histogram míry využití regulační strategie přemítání..... | 55 |
| Graf 9 Histogram míry využití regulační strategie pozitivní změna zaměření..... | 56 |
| Graf 10 Histogram míry využití regulační strategie plánování | 56 |
| Graf 11 Histogram míry využití regulační strategie pozitivní přehodnocení | 57 |
| Graf 12 Histogram míry využití regulační strategie uvedení do souvislostí | 58 |
| Graf 13 Histogram míry využití regulační strategie zveličování..... | 58 |
| Graf 14 Histogram míry využití regulační strategie obviňování ostatních..... | 59 |
| Graf 15 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska pohlaví..... | 60 |
| Graf 16 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska věkových kategorií..... | 61 |
| Graf 17 Průměrné hodnoty regulačních strategií z hlediska délky pobytu..... | 61 |
| Graf 18 Srovnání průměrných hodnot vnímaného vlivu sociálního okolí..... | 74 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|----|
| Příloha I: Dotazník autoregulace emocí..... | 94 |
|---|----|

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK AUTOREGULACE EMOCÍ**DOTAZNÍK AUTOREGULACE EMOCÍ****Pokyny**

Odpověz nejdříve na otázky, které se týkají Tebe. Zakřížkuj vždy jednu z odpovědí, kterou považuješ za pravdivou. U následujících otázek zaškrtni na škále číslo podle toho, do jaké míry má vliv tvé okolí na tvé chování. Dotazník je anonymní, a proto se nemusíš bát vyjádřit svůj názor.

| | | | | | |
|--------------|-------------------|-------------|----------|-----------|-----------------|
| ŠKÁLA | A | B | C | D | E |
| | zcela nesouhlasím | nesouhlasím | nevím | souhlasím | zcela souhlasím |

Pohlaví:

- muž
 žena

Myslíte si, že jste v zařízení oprávněně?

- ano
 ne

Věk (v letech):

Jak dlouho jsi v ústavu?

| Do jaké míry mají vliv na tvé chování: | minimální vliv | | | maximální vliv | |
|---|----------------|---|---|----------------|---|
| učitelé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| vychovatelé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| rodiče | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| sourozenci (pokud máš) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| prarodiče (děda, babička) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| přítel, přítelkyně (pokud máš) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| kamarádi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| média (televize, noviny, rádio) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| názory ze sociální sítě (facebook, lide, my space) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Vybav si nepříjemnou situaci nebo událost, kterou jsi zažil/a, a představ si, jak ses cítil/a v této situaci. Přečti si věty v tabulce, a podle toho zaškrtni písmeno, jak moc s touto větou souhlasíš. (Jestli si na uvedené věty myslel.)

| | | zcela nesouhlasím | nesouhlasím | nevím | souhlasím | zcela souhlasím |
|-----|---------------------------------------|-------------------|-------------|-------|-----------|-----------------|
| 1. | Je to moje vina. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Musím to takhle přijmout. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Pořád o tom přemýšlím. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Snažím se myslet na příjemnější věci. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Musím se s tím vyrovnat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Můžu se z toho poučit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Na světě jsou horší věci. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Pořád si vybavuji, jak hrozné to je. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Já za to nemůžu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Můžu za to já. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Nemůžu s tím nic dělat. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Nemůžu to dostat z hlavy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 13. | Snažím se na to nemyslet. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Myslím na to, jak to příště změnit. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Posílilo mě to. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Stávají se i horší věci. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Je to nejhorší věc, která se mi mohla stát. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Může za to někdo jiný. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |