

Problematika sociálně patologických jevů u dívek umístěných ve výchovném ústavu

Bc. Renata Horňáková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Renata Horňáková**
Osobní číslo: **H138185**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Problematika sociálně patologických jevů u dívek umístěných ve výchovném ústavu**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zjištění faktu, zda se děvčata ve výchovném ústavu setkala se sociálně patologickými jevy před nebo až po umístění do výchovného ústavu;
- na hledání odpovědi na otázku, zda a v jaké míře se sociálně patologické jevy ve výchovných ústavech vyskytují;
- na možnosti eliminace výskytu těchto jevů pomocí sociální pedagogiky.

Součástí práce bude realizace výzkumu pomocí dotazníkového šetření, které bude vyhodnoceno a jehož analýza pomůže zmapovat, jaká je situace v této oblasti.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BURČÍKOVÁ, P., P. KUTÁLKOVÁ, D. HŮLE a kol. Cool je... vědět víc: ústavní výchova a rizika komerčního sexuálního zneužívání. Praha: La Strada Česká republika, 2008.

FISCHER, S., J. ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009.

MICHALÍK, J. Vybrané kapitoly z práva pro sociální pracovníky středisek výchovné péče a zařízení ústavní a ochranné výchovy. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2006.

NĚSPOR, K., L. CŠÉMY. Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag, 1995.

RADVAN, E., M. VAVŘÍK. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách. Brno: Institut mezioborových studií, 2009.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

4. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2016

V Brně dne 4. prosince 2015


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




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- 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;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Jihlavě

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Název práce je Problematika sociálně patologických jevů u dívek umístěných ve výchovném ústavu.

Teoretická část práce se věnuje charakteristice vybraných sociálně patologických jevů vyskytujících se ve společnosti, které v současné době mají vzrůstající tendenci. Jejich častý výskyt a celkový přístup společnosti může v některých skupinách společnosti vyvolávat pocit, že hranice toho, co je již patologií a co je ještě společensky přijatelná norma, se posouvají. Dále se teoretická část zabývá rodinou, výchovou v rodině a výchovnými ústavu.

V praktické části je práce zaměřená na analýzu výsledků získaných výzkumem. Stanovení, jaké sociálně patologické jevy vedou nejčastěji k uložení ústavní výchovy a s jakými dalšími se dívky setkaly. Zároveň díky datům získaných výzkumem chci potvrdit nebo naopak vyvrátit hypotézy, které jsem si stanovila ve své diplomové práci. Dotazníkovým šetřením nebyly samozřejmě zjištěny jenom data k potvrzení či vyvrácení hypotéz, ale byly díky němu zjištěny i další, mnohdy překvapivé informace.

Klíčová slova: sociální patologie, společnost, výchova, ústavní výchova, návykové látky, záškoláctví, sebepoškozování, šikana, společnost, sebevražda, rodina

ABSTRACT

Title of the thesis: The issue of socio-pathological phenomena in girls placed in an educational institution.

The theoretical part deals with the characteristics of selected social pathological phenomena occurring in society, which currently have an upward trend. Their frequent occurrence and the overall social approach may cause that some social groups felt that the boundaries of what is already pathology and what is the socially acceptable norm, advances further. Moreover, the theoretical part deals with family, family upbringing and educational institutes.

The practical part of the work is focused on the analysis of the results obtained from research, determining what social pathological phenomena frequently lead to the imposition of institutional care and other types of care girls have experienced. At the same time, on the basis of the data obtained from research I want to confirm or disprove the hypothesis, which I have set in my thesis.

The data obtained from the questionnaire survey detected not only the data to confirm or refute the hypothesis, but it also offered other, surprising information.

Keywords: social pathology, society, education, institutional care, addictive drugs, truancy, self-harm, bullying, society, suicide, family

Poděkování, motto a čestné prohlášení, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG jsou totožné ve znění:

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

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY	13
1.1 Klasifikace sociálně patologických jevů	13
1.2 Návykové látky	15
1.2.1 Historie	15
1.2.2 Klasifikace návykových látek	17
1.2.3 Marihuana	18
1.2.4 Pervitin	20
1.2.5 Opiáty	24
1.2.6 LSD	25
1.2.7 Extáze	27
1.2.8 Alkohol.....	28
1.2.9 Léky.....	31
1.3 Šikana	32
1.3.1 Definice	33
1.3.2 Důležité pojmy	33
1.3.3 Fáze šikany	34
1.3.4 Příčiny a motivy šikany.....	35
1.3.5 Vliv rodiny na vznik šikany	35
1.3.6 Vliv sociální skupiny na vznik šikany	36
1.4 Sebeпоškozování a pokusy o sebevraždu.....	36
1.4.1 Faktory ovlivňující riziko sebevraždy.....	37
1.4.2 Typy sebevražd	37
1.4.3 Dílčí závěr	38
2 VÝCHOVA	40
2.1 Výchova v rodině	40
2.1.1 Vznik rodiny.....	41
2.1.2 Výchovné zkušenosti	41
2.1.3 Rodina a její funkce	42
2.1.4 Rodinné prostředí	43
2.1.5 Stabilita rodinných vztahů.....	44
2.1.6 Nestabilita rodinných vztahů.....	44
2.1.7 Dílčí závěr	45
2.2 Ústavní výchova.....	45
2.2.1 Etopedie.....	46
2.2.2 Poruchy chování.....	47
2.2.3 Dělení poruch chování	47
2.2.4 Historie péče o mravně narušené jedince.....	48
2.2.5 Zařízení pro mládež v současnosti	51

PRAKTICKÁ ČÁST	53
3 ÚVOD DO PROBLEMATIKY VÝZKUMU A JEHO CÍLE	54
3.1 Metodologie	54
3.2 Cíl a stanovení hypotéz	55
3.3 Popis a charakteristika vybraného vzorku.....	55
4 GRAFICKÁ ČÁST.....	56
4.1 Analýza a interpretace výzkumu	56
4.2 Shrnutí výsledků šetření	98
4.3 Doporučení na základě výsledků dotazníkového šetření:	99
4.4 Vyhodnocení hypotéz.....	99
ZÁVĚR	101
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	103
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	107
SEZNAM GRAFŮ	108
SEZNAM PŘÍLOH.....	110

ÚVOD

V diplomové práci se věnuji problematice sociálně patologických jevů u dívek umístěných ve výchovných ústavech. Sociálně patologické jevy jsou velice široké téma a v poslední době téma velice žhavé a velmi diskutované.

Současná společnost je více jak kdy dříve nakloněna individualitě, podporuje rozvoj jedinečnosti a originality. Dbá na formování osobnosti člověka. Je to jistě v porovnání s obdobím před několika desítkami let zpět vítaná změna, ale někteří lidé si s onou změnou nevědí úplně rady a v mnoha případech si projevy individuality „upravili“ jaksi ve svůj vlastní prospěch. Bohužel dochází velice často k tomu, že tato úprava má dopad nejen na ně samotné, ale na jejich nejbližší, blízké okolí a mnohdy i společnost. Onu originalitu a projev individuality si zpracovali po svém a toto zpracování se odráží v jejich chování a jednání. To je mnohdy nonkonformní, přes disociální, asociální, antisociální, delikventní až kriminální. Můžeme ho označit za sociálně patologické.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na dívky, které se dostaly do kontaktu s různými sociálně patologickými jevy. Nejen že s nimi mají osobní zkušenost, jakoukoli zkušenost má každý člověk, ale jejich negativní zkušenost je ovlivnila natolik a byla v takové míře, že společnost byla nucena přistoupit k nápravným a výchovným opatřením, kterými se snažila dívky z negativního vlivu sociálně patologických jevů izolovat a ve spolupráci s vychovateli a pedagogy se pokusit dívkám ukázat, že jsou i jiné způsoby, jak lze ve společnosti fungovat, jak být pro společnost přínosem, že se mohou spolupodílet na fungování společnosti v pozitivním slova smyslu. Že je možné mít a znát svou vlastní cenu, že se mohou seberealizovat, získat sebedůvěru, sebeúctu a vážit si samy sebe.

Bohužel, těmto dívkám se nedostalo v jejich přirozeném a primárním sociálním prostředí – což byla v první řadě rodina - takové výchovy, pozornosti, ocenění, možnosti seberealizace, nepoznaly v rodinných vazbách dostatečné množství lásky, projevů pozitivních emocí a citů, že v určitém věku tento deficit začaly sytit jinde. Ať už to bylo formou úniku k návykovým látkám nebo začlenění do takové sociální skupiny, která byť se neprojevovala právě normokonformně, naplňovala deficit po chybějících potřebách. Pro mnoho těchto dívek je přijetí do takové skupiny velice podstatné a důležité, to že jsou její nedílnou součástí, že se cítí ve skupině oceňovány, mají pro někoho hodnotu, mnohdy poznají i lásku a cit, mnohem důležitější než fakt, že skupina páchá například krádeže, šikanuje, dealeruje návykové látky nebo páchá jinou, trestnou činnost.

Diplomová práce se v teoretické části zaměří na nejčastější sociálně patologické jevy, se kterými se dívky, které se zúčastnily dotazníkového šetření, dostaly do kontaktu. Vybrané sociálně patologické jevy podrobněji popíši. Dále bude rozebrána výchova. Jednak v rodině a jednak náhradní - uložená státem. Zaměřím se na rizika ovlivňující vznik a rozvoj sociálně patologických jevů v těchto sociálních prostředích.

Praktická část obsahuje zpracované dotazníkové šetření, které bylo s dívkami ze dvou vybraných výchovných ústavů provedeno. Detailně jsou rozebrány všechny otázky z dotazníku. Mnohá fakta, která z šetření vzešla, jsou alarmující.

Přestože jsem téma diplomové práce volila v době, kdy jsem s dívkami z výchovných ústavů pracovala z pozice zdravotní sestry a sociálního pracovníka v ambulanci pro léčbu závislostí a tomu v dnešní době již tak není, mě tato práce velice obohatila. Hlavně praktická část mi opět a znovu ukázala, jak závažná je problematika sociálně patologických jevů, jak je stále podceňována prevence, jak je třeba s těmito lidmi pracovat a že má tato práce smysl.

Informace z dotazníkového šetření ocenili a použili pro své potřeby i vedoucí vychovatelé ve vybraných výchovných ústavech. Vedoucí vychovatelky mi sdělily, že mnohé údaje pro ně byly velmi důležité a nové. O to větší smysl pro mne toto šetření, které je součástí mé diplomové práce, mělo.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY

Co to jsou sociálně patologické jevy, definice, dělení, jejich charakteristika, druhy, výskyt, dopad na vývoj společnosti a jedince v ní...to všechno jsou témata, kterým je věnována první část diplomové práce.

Je třeba si uvědomit, že škála sociálně patologických jevů vyskytujících se ve společnosti je velice široká a proto se tato část diplomové práce bude věnovat především a převážně sociálně patologickým jevům, se kterými se setkala děvčata, která se zúčastnila vyplňování dotazníku. Bude to především: užívání návykových látek, abúzus alkoholu, šikana a agresivita, poruchy chování – sebepoškozování a pokusy o sebevraždu.

1.1 Klasifikace sociálně patologických jevů

To, co jsou sociálně patologické jevy, odvozujeme od tzv. “normality společnosti“. Normy dané společnosti nebo libovolné sociální skupiny jsou jakýmsi modelem způsobu jednání a chování jednotlivce jako člena hlásícího se k danému sociálnímu útvaru. „Sociálně normy můžeme definovat aj jako pravidlá pre vedomé sociálne konanie, predpisy pre sociálne správanie, očakávané správanie alebo dokonca vyžadované sociálne správanie, s charakterom kategorického imperatívu“ (Ondrejko, 2000, str. 21).

Sociální chování můžeme dle Ondrejko dělit na:

1. Normokonformní, které je v souladu s normami dané společnosti.
2. Nonkonformní, nápadné, vybočující, provokující sociální chování, které je ještě v tolerančním limitu a společensky akceptovatelné.
3. Deviantní, odchylka od normy, dále lze dělit na:
 - disociální,
 - asociální a antisociální,
 - delikventní,
 - kriminální.

Sociální deviace znamená odchylku od standardu sociálního chování v dané společnosti. Nezávažnější a nejtěžší formou deviantního chování je kriminální jednání, které je legislativně ošetřeno a je sankcionováno trestním zákonem. Ne každé deviantní chování je delikventní. Sociální deviace může zahrnovat porušování právních, mravních, politických, ná-

boženských, estetických ale i jiných sociálních norem chování a jednání, jako jsou například obyčej, tradice, zvyky apod.

Dané sociální normy společnosti jsou společensko-historicky podmíněné a mění se s vývojem každé společnosti. Spolu s vývojem si každá společnost tvoří své vlastní normy chování a stanovuje si sankce za jejich nedodržování. Jak v historii, tak v současné době můžeme najít diferenciaci mezi právními a morálními normami, které si společnosti vytvářejí.

Ruku v ruce s vývojem společnosti se mění i jednotlivé jevy, které daná společnost považuje za sociálně patologické. Podle Ondrejkooviče na přelomu 19. a 20. století byly za sociálně patologické jevy považovány:

- sebevražda
- alkoholismus
- homosexualita
- prostituce
- rozvodovost
- nezaměstnanost
- válka

později se k nim přidala ještě:

- narkomanie
- drogové závislosti
- násilí a agresivita
- patologie rodiny
- pohlavní nemoci

V dnešní době řadíme mezi sociálně patologické jevy zejména:

- kriminalitu a delikvenci
- patologické závislosti (drogy, alkohol, hráčství, sekty...)
- sebevraždy
- prostituci a pohlavní nemoci
- patologii rodiny (syndrom CAN, domácí násilí...)
- xenofobie a rasismus
- agresivita a šikana

Chudobu, nezaměstnanost, dopravní nehody a jiné odchylky řadíme do skupiny nežádoucích společenských jevů a sociálních problémů dané společnosti.

1.2 Návykové látky

První velkou kapitolu tvoří návykové látky. Návykové látky nebo chcete-li drogy, provázejí lidstvo po tisíciletí a staly se součástí našeho života. Jde o to, s jakým cílem a v jakém dávkování tu kterou látku použijeme. Jedna a tatáž látka může být, v určitém případě lékem, v určitém, drogou. Lidé od pradávna využívali obojího. Ať už to bylo při náboženských obřadech, rituálech, léčebných postupech, věštění či zahánění zlých duchů nebo navozování příjemných a slastných prožitků. Každá kultura měla svou drogu, která bývala běžnou součástí legend, mýtů, tradic. Ovšem ve většině případů nevyvolávala žádné společensky nepřijatelné důsledky, byla obvyklá. Byla součástí oné kultury a nevedla k jejímu rozkladu. Měla svou jasně vymezenou úlohu (Tkáč, 2012).

1.2.1 Historie

Historie užívání návykových látek je stará jako lidstvo samo. V historii lidské civilizace jen stěží nalezneme kulturu, která by nevyužívala nějakou drogu. Antropologové, kteří studovali různé domorodé kultury v různých částech světa, popisují, že psychedelické substance byly a jsou i dodnes používány k léčení, věštění, ke komunikaci s božstvy nebo podsvětím, při šamanských rituálech ap. Naši dávní předkové přistupovali k opojným silám drog a respektem a úctou, jako k božským silám. Varování před drogami najdeme již v papyrech z dávného Egypta. Z historie víme, že například alkohol posloužil i americkým dobyvatelům, aby si lépe „podmanili“ místní obyvatelstvo. Vlastností a účinky makové šťávy (opia) byly známy již v neolitu (8 – 5 tis. let př.n.l.), tisíciletou historii má rovněž i kokový keř (kokain).

Podíváme-li se na užívání těchto substancí ve stručném historickém přehledu, pak nejstarším dochovaným svědectvím užívání psychedelicky účinných látek jsou šamanské rituály.

S rozmachem obchodu, cestováním a objevováním "světa" se začaly objevovat i slasti přivezených drog, které v jednotlivých částech světa lidé neznali (např. tabák z Ameriky, opium z Orientu). V 19. století znal civilizovaný svět téměř všechny typy dnešních drog. Je-

jich zneužívání se však stalo záležitostí velmi úzkého okruhu dobře ekonomicky situovaných lidí. Bylo to období, kdy kromě alkoholu a tabáku nebyly drogy masovější záležitostí, ačkoli byly ve většině případů volně dostupné. Vědci došlo rovněž k izolování alkaloidů ze známých přírodních látek.

- Morfin 1805
- Kofein 1820
- Nikotin 1828
- Atropin 1833
- Kokain 1859
- Efedrin 1887

Rovněž v tomto století byla komerčně vyráběna narkotika.

- Morfin 1828
- Kokain 1862
- Heroin 1898

Oproti tomu je 20. století obdobím překotného a raketového vývoje a převratných změn, jak politických, ekonomických, tak i technických a společenských. Šedesátá léta 20. století znamenají v drogové oblasti bezesporu revoluci. Během těchto let se uskutečnil pokus volně včlenit dosud málo známé drogy do života moderní přetechnizované společnosti. Drogy se staly součástí společnosti i se vším negativním, co k tomu neoddelitelně patří.

V dnešní době globalizace drogového trhu přináší až epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Ale i přesto jsou důsledky zneužívání drog co do rozsahu (celkový počet postižených, zdravotních komplikací a úmrtí) méně katastrofální než u drog legálních - alkoholu nebo tabáku. Je třeba si ale uvědomit, že k přímým důsledkům zneužívání však navíc přistupuje riziko šíření závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitis B a C) a kriminalizace uživatelské populace (v souvislosti s nezákonným trhem), což jsou fenomény, které se u alkoholu a tabáku neobjevují. I proto je sociální akceptace zneužívání nezákonných drog daleko nižší než u legálních návykových látek. Např. až konkrétní hrozba šíření viru HIV mezi intravenózními toxikomany posouvá společenský zřetel k účinnější prevenci a rozvoji harm reduction strategy (přístupů snižujících rizika z užívání drog) (Tkáč, 2012).

Ve 20. století došlo k podstatným změnám ve složení drog. Dříve méně nebezpečné přírodní látky, které člověk po tisíciletí znal a užíval, procházely výraznými změnami i po stránce chemického složení. Dychtivost po obrovských peněžních obnosech z prodeje drog vedly k výrobě a nahrazování přírodních látek a tím k daleko vyššímu riziku a množství komplikací z jejich užívání. Stalo se naprosto běžným jevem, že v drogách, které se objevily na trhu, neměl jejich koncový uživatel kýžený efekt, kvůli kterému drogu vzal, ale mnohdy se stala smrtelnou či život ohrožující látkou, kterou si aplikoval.

1.2.2 Klasifikace návykových látek

Velice často se pro návykové látky používá termín droga. Je to mnohem častější terminologie užívaná širokou společností, ale velice často je pojem droga zavádějící. Je totiž často spojován s látkami, které jsou schopny vyvolat závislost a jsou ilegální. Je třeba si ale uvědomit, že mezi drogy řadíme také alkohol, tabák a návykové léky, které jsou v naší společnosti legální a tudíž vnímány jako bezpečné (Nešpor, 2001).

Další zavádějící terminologií je dělení drog na tzv. měkké a tvrdé. Dosáhnout shody v tom, které drogy řadit mezi tvrdé a měkké je velice složité. Obecně platí konsensus, že drogy, které jsou schopny vyvolat somatickou - tedy tělesnou závislost a při předávkování jimi jsou ohroženy životní funkce, je třeba považovat za tvrdou drogu

Oproti tomu drogy, které nevyvolávají somatickou závislost, jsou považovány za měkké.

Je nutné si uvědomit, že dlouhodobé nadměrné užívání - abúzus alkoholu, které často vyústí v somatickou závislost, není v naší zemi, vzhledem k legální konzumaci, považováno většinou laické veřejnosti za drogu, natož za tvrdou drogu. Důsledky užívání alkoholu mají při tom velice rozsáhlý dopad nejen na konzumenta samotného, ale i na jeho blízké okolí. Dochází k rozpadu jednak samotné osobnosti, ale i k rozpadu rodinných, pracovních i společenských vztahů a vazeb. Konzument se dostává na okraj společnosti a dochází k jeho izolaci (Tkáč, 2012)

Další možnost, jak rozdělit návykové látky je dělení podle účinku látky, který vyvolávají a pro který jsou užívány.

Látky budivé (stimulancia, např. amfetaminy, kokain, kofein).

Látky tlumivé (např. alkohol, opioidy).

Látky halucinogenní (např. kanabinoidy, LSD).

Do skupiny návykových látek řadíme:

- Opiáty
- Kanabinoidy
- Kokain
- Stimulancia (pervitin)
- Sedativa a hypnotika
- Halucinogeny
- Organická rozpouštědla
- Alkohol
- Tabák
- Nelátkové závislosti, patologické hráčství

Diplomová práce se bude věnovat pouze vybraným druhům návykových látek (legálním i nelegálním) a to s ohledem a zaměřením hlavně na ty, se kterými přišla do kontaktu děvčata, která se účastnila výzkumu. U každé návykové látky bude uvedena charakteristika, účinky, které vyvolává, způsob užití, nežádoucí účinky spojené s nadměrným užíváním, varovné signály, kterých je možno si všimnout při kontaktu s jedincem, který je užívá.

1.2.3 Marihuana

Marihuana je termín označující sušené květy, semena a listy indického konopí. Mezi uživateli jsou časté i jiné názvy pro tuto látku jako například: špek, tráva, brčko, joint, zelí, skunk, gandža, maruška, hulení a další.

Jinou formou této drogy je hašiš, který se vyrábí z pryskyřice květů konopné rostliny. Na ulici se užívá též název haš, šit nebo bahno. Účinky hašiše jsou přibližně šestkrát silnější než marihuany.

Bez ohledu na to, jaký použijeme název, je tato droga halucinogen. Znamená to, že narušuje způsob, jakým mysl jedince vnímá svůj okolní svět. Chemická látka, která tento stav způsobí, se nazývá THC. Množství THC, které obsahují jednotlivé dávky marihuany, se může podstatně lišit. Lze však říci, že v poslední době se množství v rostlinách zvýšilo (Nešpor, 2001).

Marihuana se kouří ve formě cigaret – jointů. Někdy pomocí dýmky. Méně často je konzumovaná jako součást pokrmů nebo uvařena jako čaj.

Při kouření jointa cítí člověk účinky obvykle do několika minut. Okamžité pocity jsou zrychlený tep, zhoršená rovnováha a koordinace pohybů, stav myslí mimo realitu – „snící“ mysl. Tyto pocity obvykle vyvrcholí během prvních 30 minut. Tyto krátkodobé účinky obvykle pomínou za dvě až tři hodiny, ale není výjimkou, že přetrvávají i déle. To v závislosti na množství, které uživatel přijal a množství THC v ní. Detekovatelnost látky THC v těle je však při pravidelném užívání otázkou i několika dní po vykouření poslední cigarety (www.drogy).

Varovné signály pro okolí

Mezi brzké signály, kterých si mnohdy všímavé okolí či nejbližší rodina, která jedince dobře zná, může všimnout, patří zarudlé oči, kašel, pach potu uživatele je cítit po spálené trávě, nezáměr o okolí, únava, kolísání nálad, hlad, sucho v ústech a tím časté pití či olizování si rtů.

Pozdější známky při dlouhodobějším užívání marihuany jsou velice často snížení schopnosti se učit a zapamatovat si nové informace, menší péče o zevnějšek, delší reakční čas, zhoršené soustředění, zhoršení paměti na nedávné věci, u dívek nepravidelný menstruační cyklus, u těhotných žen nebezpečí poškození plodu, u mužů neplodnost, kolísání nálad, podrážděnost, neochota přebírat zodpovědnost, zpomalení životního rytmu, chronické zánehy spojivek, hrtanu a dýchacích cest, vyšší riziko rakoviny, oslabení imunitního systému, vyšší riziko duševních poruch. U dlouhodobých uživatelů vede někdy marihuana paradoxně k neklidu až agresivitě. Velice podceňovaným uživateli je rozvoj závislosti na této látce.

Všeobecně panuje mezi uživateli názor, že na marihuaně se nemůže člověk stát závislý a že je neškodná (Nešpor, 2003).

Člověk sáhne po drogách většinou proto, že potřebuje uniknout před nepříjemnými a nechtěnými pocity či situacemi. Pocit intenzivního opojení a chvíl, že nic nepříjemného vlastně není, se s dlouhodobým užíváním zkracuje, odolnost vůči droze se zvyšuje a ta přestává „fungovat“. Proto mnoho uživatelů marihuany sáhne po silnější droze. Nelze ale v žádném případě říci, že užívání marihuany vede člověka k automatickému užívání a přechodu na jiné, silnější drogy.

Dá se říci, že marihuana dělá z nadaných lidí průměrné, z průměrných hloupé a z bojovníků poražené.

1.2.4 Pervitin

Je syntetická, to znamená člověkem vyrobená chemická látka. Na rozdíl od kokainu, který má podobné – budivé účinky, není však uměle vyráběn, ale je rostlinného původu. Krystalický metamfetamin, česky pervitin je jednou z forem drogy s názvem metamfetamin. Je to bílá látka v podobě prášku nebo krystalů. Jsou známy i jiné barvy, např. hnědá, žlutá, oranžová a dokonce i fialová. Může být slisovaná do tvaru tablet. Má hořkou chuť, je bez zápachu, je rozpustitelná ve vodě a alkoholu.

Je vyráběn v nelegálních varnách a laboratořích. Nejčastěji jsou základem volně dostupné léky na léčbu nachlazení obsahující efedrin. Dále se při vaření drogy často používá dalších přísad a to například kyselin, čističe na odpady nebo nemrznoucí kapalina. Vzhledem k těkavé povaze látek při výrobě drogy a faktu, že vařiči jsou mnohdy sami uživatelé, tudíž závislé a desorientované osoby, dochází často k výbuchům, požárům a popálení samotných „vařičů“. Umístění těchto varen v bytech a domech tak ohrožuje i jejich bezprostřední budovy a obyvatele.

Na ulici mezi uživateli má mnoho slangových názvů jako třeba perník, péčko, peří, piko, sníh, ice, pergo, psaníčko, lajna, spíd, var, koks chudých, střepy a mnoho dalších (www.drogy).

Patří do skupiny látek (stejně jako kokain), které mají budivý účinek. Chemická látka – metamfetamin je nebezpečná a jako u ostatních drog jde prakticky o jed, který působí nejprve jako stimulant, pak ale začne tělo systematicky ničit. Vysoce návykový pervitin spaluje tělesné rezervy a vytváří zničující závislost, která se dá tišit jen stále větším množstvím drogy.

Pervitin se užívá šňupáním, kouřením nebo nitrožilní aplikací injekční stříkačkou. Někteří ho dokonce užívají ústně. Nejčastější forma aplikace je kouření.

Pervitin je užíván osobami různého věku, ale většinou se váže na večírky v nočních klubech a tanečních party jako tzv. „klubová droga“. Jeho užívání je spojeno s vážnými zdravotními problémy zahrnujícími psychotické chování, ztrátu paměti, agresivitu, potenciální poškození mozku a srdce. Účinek pervitinu je velice silný a mnoho uživatelů popisuje první zkušenost tak silnou, že byli doslova polapeni od první chvíle, co pervitin užili. Z toho plyne, že jde o jednu z nejtěžších drogových závislostí přinejmenším z hlediska léčby. Řada uživatelů umírá v době užívání této drogy. Při aplikaci se rozvine silná touha po opakovaném užívání, protože droga vytváří falešný pocit štěstí a pohodlí, silný pocit nebo zážitek charakteristický jistotou, zvýšenou energií a hyperaktivitou. Uživatelé mají pocit, že není nic, co by nezvládli. Neznají pocit únavy, nemají potřebu odpočinku. Je rovněž snížena chuť k jídlu. Dívky mnohdy začnou užívat pervitin jako cestu ke zhubnutí. Účinky této drogy obvykle trvají 6 až 8 hodin, ale někdy mohou trvat až 24 hodin. První užití pervitinu může být spojeno s příjemnými a libými pocity, ale již od první aplikace začnou fungovat zničující účinky této látky na organismus (Nešpor, 2003).

Varovné signály pro okolí

Mezi brzké známky užívání pervitinu patří zrychlený a někdy nepravidelný tep, rozšířené zornice, neklid, vzrušení, třes, neposednost, hyperaktivita, podrážděnost, zvýšení teploty, podezřívavost. Po odeznění účinku drogy dochází k výraznému útlumu, depresím, dlouhému spánku. Při předávkování se mohou objevit pocity pronásledování a úzkostné stavy. Smrtelné otravy po pervitinu nejsou bohužel žádnou vzácností. Pod vlivem drogy dochází k nebezpečnému a často i k násilnému chování a jednání, k úrazům a může dojít i k epileptickému záchvatu. Kombinace s alkoholem zvyšuje riziko těžké nebo dokonce smrtelné otravy. U nitrožilního podání se zvyšuje riziko předávkování, přenosu žloutenek, AIDS, zánětu srdeční nitroblány, vzniku hnisavých ložisek, zánětů žil, poranění tepen.

K pozdním známkám užívání patří poruchy spánku, deprese, poruchy soustředění a paměti, trvalé poškození jater, ledvin a plic, je-li látka kouřena, potíže s dýcháním, u aplikace šňupáním poškození až úplná destrukce tkání v nosní dutině, poškození cév v mozku a srdci, vysoký krevní tlak způsobující mrtvici, infarkty, bolesti hlavy, poruchy vidění, halucinace, pocity pronásledování, podvýživa, ztráta hmotnosti, dezorientace, apatie, zmatek a vyčerpání, silná psychická závislost, riziko poškození plodu u těhotných žen, rozvoj syndromu závislosti u matek – uživatelék, poškození mozku podobné Alzheimerově nemoci.

Velice často dochází k užívání pervitinu z důvodu potřeby vydržet dlouho vzhůru, být aktivní, necítit únavu, vydržet několikadenní tahy. Velice často sahají po pervitinu dívky, které mají problém s nadváhou jako po látce, která snižuje chuť k jídlu, a tím pádem dívky hubnou. Tento pocit je však velice falešný. Přes fakt, že k hubnutí dojde a kýžený efekt se dostaví, nedomýšlí uživatelky důsledky užívání drogy a dopad na organismus v celkovém měřítku. Vždy po dnech aplikace přijde následně „vystřízlivění“ a stavy naprostého vyčerpání, nesmírné únavy a dlouhého spánku.

Uživatelům pervitinu vysoké intenzity se říká smažky. Vysoká intenzita užívání je typická tím, že celá existence těchto lidí se soustřeďuje na to, aby předešli zhroucení a nepříjemnému dojezdu při odeznění účinků drogy. Aby se tomuto nepříjemnému prožitku vyhnuli, musí brát stále větší množství. Ale tak jako u jiných drog je každá další aplikace méně silná než ta předchozí, prožitky nejsou tak intenzivní, což uživatele tlačí do smrtící spirály závislosti (Nešpor, 2011).

Níže uvedený přehled „zážitků“ s pervitinem nastíní, jak pervitin na tělo působí.

1. **Nájezd** – je prvotní reakce, kterou uživatel cítí poté, co si aplikuje pervitin. Dojde ke zvýšení pulsu, tlaku a tělesné teploty. Délka trvání až 30 minut.
2. **Úlet** (vysmažení) – neboli „výsmah“ přichází po úletu a uživatel se cítí nanejvýš moudře a stává se hádavým. Skáče ostatním do řeči a dokončuje jimi započaté věty. Upíná se a dělá bezvýznamné činnosti. Např. po několik hodin vytírá podlahu ve stejném pokoji. Délka trvání je od 4 až do 16 hodin.
3. **Tah** (delší mejdan, pařba) – je nekontrolované užívání drogy. Jde o nutkání udržet si stav intoxikace. Uživatel se stane během tahu fyzicky i duševně hyperaktivní. S každou aplikací látky musí zvyšovat její množství, zažívá však menší nájezd a nakonec necítí ani nájezd ani úlet. Délka trvání 3 až 15 dní bez přerušení.
4. **Dojezd** – je fází, kdy je uživatel nejnebezpečnější. Je to stav na konci tahu, kdy uživateli přestává pervitin způsobovat kýžený opojný efekt. Uživatel, který není schopen ulevit si od tíživých pocitů prázdnoty a touhy po droze ztrácí smysl vlastní identity. Někdy není schopen i několik dní usnout, je v naprosto psychotickém stavu a pociťuje intenzivní svědění až pocity zarávání se brouků pod kůži. Má natolik živé halucinace, že působí reálně, žije ve svém světě. Velice často se stává nepřátelským vůči sobě, ale i okolí. Riziko sebepoškození a sebezmrzačení je v této fázi velmi vysoké.
5. **Zhroucení** – je fází, kdy tělo uživatel na tahu již nedokáže odolávat účinkům drogy, která na něj působí a jeho tělo selže. Tato fáze končí extrémně dlouhým spánkem. Dokonce i uživatelé, kteří jsou velmi násilničtí, jsou během fáze zhroucení, téměř bez života. Délka trvání může být 1 až 3 dny.
6. **Pervitinové vyčerpání a psychóza** – probuzení z fáze zhroucení je pro uživatele ve znamení naprostého vyčerpání, zničeného stavu, vyhladovění, dehydratace a je fyzicky, duševně a emocionálně naprosto vyčerpán. Tyto stavy vedou k ještě silnější závislosti, protože řešením těchto nepříjemných pocitů je další a větší dávka. Toto stadium trvá obvykle od 2 do 14 dní.
7. **Absták** – je posledním stadiem pervitinového opojení. Obvykle, než si uživatel uvědomí, že se u něj projevují abstinenci příznaky, uplyne často 30 až 90 dní. Je deprimován, cítí se bez energie a postrádá schopnost zažívat slast. Dostavuje se touha po další dávce a mohou se projevit sebevražedné sklony. Abstinence od per-

vitinu je velice bolestivá a obtížně snesitelná, proto se většina uživatelů k droze opět vrátí (Nešpor, 2003).

1.2.5 Opiáty

K nejčastěji zneužívaným látkám skupiny opiátů patří heroin, opiu, morfin, dolsin, kodein a také buprenorfin (Subutex).

Pozornost zaměříme na heroin, se kterým některé dívky přišly do kontaktu. Heroin je vyroben z pryskyřice rostlin máku podobně jako opium a morfium. Mléčné opium je nejprve sebráno z nezralé tobolky máku. Tato látka je pak pročišťována na morfin a dál na různé formy heroinu. Heroin a opiáty vůbec jsou vysoce návykové, nelegální drogy. V nejčistší formě je heroin jemný bílý prášek, ale častěji má barvu narůžovělou, našedlou, hnědou dokonce i černou. Zbarvení je způsobeno příměsemi, které se používají k jeho rozpouštění. Nejčastěji je to cukr, kofein, není výjimkou, že se v prodeji objeví i heroin „říznutý“ strychninem (jed na krysy) nebo jinými jedy. Některé příměsi se zcela nerozpustí, a když jsou pak aplikovány do těla, způsobují ucpávání cév vedoucích k ledvinám, mozku či plicím a tím mnohdy k nenávratnému poškození důležitých orgánů.

Mezi uživateli je velice často užíván název háčko, ejč, herák, herodes, čoko, hero, král, kámen a další (www.drogy).

Heroin i další opiátové drogy jsou nelegální návykovou drogou. Má tlumivé účinky. Heroin je vysoce návykový a odvykání je velmi bolestivé. Je užíván miliony závislých po celém světě. Uživatelé nedokáží překonat nutkání pokračovat v jeho každodenním užívání. Dobře vědí, že pokud přestanou, budou čelit děsivým útrapám abstinčních příznaků.

Je většinou aplikován nitrožilně injekční stříkačkou, kouřen nebo šňupán. Po prvním užití droga vytváří omamný pocit. Uživatel vnímá pocity uvolnění, snáze komunikuje s ostatními, zažívá pocity zvýšeného sexuálního výkonu. Ten však netrvá dlouho. Samozřejmě nitrožilní aplikace vystavuje své uživatele zvýšenému riziku nákazy infekční nemocí, AIDS, žloutenkami a jiných komplikací, které s sebou nese injekční aplikace (Nešpor, 2011).

Varovné signály pro okolí

K brzkým příznakům užívání heroinu řadíme celkový útlum, zúžení zornic, desítky minut až hodin trvající stav tichého obluzení, sucho v ústech, zpomalení dechu, snížení tepu, snížení tělesné teploty, zamlžení funkce myšlení, nevolnost, zvracení, ospalost, malátnost, upadnutí do kómatu nebo smrt. U nitrožilní aplikace je vysoké riziko předávkování, díky příměsím, které se zcela nerozpustí, hrozí poranění cév, vmetky do plicnice, cévní mozkové příhody, krvácení. Roste riziko sebevražd a úrazů.

Pozdní známky užívání heroinu se v první řadě projevují rychlým rozvojem závislosti, dále k nim řadíme zapáchající dech, záněty v dutině ústní, zácpa, studený pot, oslabení imunitního systému, svalová slabost, svědění, puchýře v obličeji, bezvědomí, poruchy dýchání, u žen poruchy menstruačního cyklu, u mužů dlouhodobá impotence, neschopnost dosáhnout orgasmu u žen i mužů, deprese, nespavost, ztráta chutí k jídlu, introverze, ztráta inteligenčního potenciálu. Odvykací příznaky u uživatelů heroinu se projevují zejména rozšířenými zornicemi, zrychleným tepem a dechem, husí kůží, pocením, průjmem, slzením, rýmou, křečemi, bolestmi kloubů a svalů, neklidem. Pro okolí jsou pozorovatelné známky užívání heroinu zvýšené finanční nároky, časté krádeže v domácnosti, lhaní, ztráta zájmu o vše, co dotyčného do teď bavilo, páchání trestné činnosti, která má „opatřovací“ charakter a v neposlední řadě prostituce (Nešpor, 2003).

1.2.6 LSD

LSD patří mezi nejúčinnější chemické látky měnící stav vědomí. Je vyráběn z kyseliny lysergové, která je obsažena v námelu, což je načernalý útvar rostoucí na obilovinách. Je vyráběn v krystalické formě v tajných laboratořích. Pro účely distribuce se mění na kapalnou formu. Tato kapalina je bezbarvá, bez zápachu a má mírně nahořklou chuť. V této formě se ale prodává velice sporadicky. Prodává se většinou v podobě malých tablet tzv. mikráčů, kapslí nebo kousků želatiny. Někdy je tekutinou napuštěn savý papír, který se pak nastříhá na drobné čtverečky ozdobené různými obrázky. Ať už ho uživatel koupí v jakékoliv formě jeho účinky jsou vždy stejné – vážné odtržení od reality!

Na ulici se používá pro tuto drogu mnoho různých názvů. Např. zen, smajlík, okýnko, trip, kyselina, acid, papírek, tripík, budha, výlet, čtverec, štítek atd. (www.drogy).

LSD patří do skupiny halucinogenů podobně jako extáze nebo marihuana. Jsou to látky, které svému uživateli změni vnímání okolního světa. Toto změněné a narušené vnímání má za důsledek chování a jednání těchto lidí. Uživatelé mají halucinace jak zrakové, sluchové i taktilní, které se jim zdají velmi reálné, ale ve skutečnosti neexistují. Tento stav, tuto zkušenost, nazývají uživatelé „trip“ (odtud i jeden z mnoha názvů pro LSD). Trvá přibližně 12 hodin. Pokud dojde během tripu k nepříjemným zkušenostem je nazýván jako „špatný trip“, což je vskutku příhodné synonymum pro zkušenost „pekla na zemi“, jak mnozí tuto zkušenost popisují (Nešpor, 2003).

Způsob užití LSD je formou tablet, kapslí či papírků, které se vloží do úst a nechají rozpustit nebo se spolknou. První účinky LSD jsou pociťovány obvykle od 30 do 90 minut po požití.

Varovné signály pro okolí

K brzkým známkám, které můžeme pozorovat a uživatel vnímat po užití drogy a během jejího působení řadíme rozšířené zornice, zrychlený puls, zvýšení krevního tlaku, zvýšení tělesné teploty, horší sebeovládání, častým příznakem je pocení nebo naopak zimnice. Uživatelé často pociťují nechuť k jídlu, trpí nespavostí, třesem, suchem v ústech. Často dochází ke změnám ve zrakovém vnímání – pozornost můžou zaujmout intenzity některých barev. Dochází k extrémním změnám nálad od stavů „vesmírné“ blaženosti až po naprostou a intenzivní hrůzu. Nejhorší příznak je, že uživatel není schopen rozpoznat, které pocity jsou následek drogy a které jsou součástí reality. Účinky LSD jsou nepředvídatelné. Jsou ovlivněny množstvím drogy, osobností a prostředím, kde byla droga užitá. Na jedné straně mohou být intenzivním úletem a na druhé straně těžkým paranoidním stavem.

Pozdní známky užívání halucinogenů tedy i LSD je mnohdy nevratný vznik psychózy, riziko pro duševní zdraví, vyšší riziko vzniku epileptických záchvatů, horší kontakt s realitou. Časté depresivní nebo úzkostné stavy. Uživatelé se mění vnímání času a vnitřního „já“. Vnímá podivně až bizarně svůj hmatový smysl a tělesné pocity. Vnímání tvarů, velikostí, pohybů, barev a zvuků je deformované. Dlouhodobá postižení jsou častější u vysokých dávek nebo u dlouhodobého užívání. Chronické otravy se mohou projevit dlouhodobým neurologickým postižením (např. třes, svalová ztuhlost, pády, maskovitý obličej). Halucinogeny mohou vyvolávat tzv. flashbacky. Jsou to stavy, kdy se uživatelům navrací pocity,

jako mají po požití drogy, aniž by jí vůbec vzali. Špatné tripy a flashbacky jsou dalším rizikem spojeným s užíváním LSD (Nešpor, 2003).

Protože se LSD ukládá v těle a to si vytváří určitou odolnost (toleranci), musí uživatelé zvyšovat dávky, aby dosáhli stejně silného úletu. Je třeba zdůraznit, že LSD je nejvíce halucinogenní droga. V porovnání např. s houbičkami má LSD 100 x vyšší halucinogenní účinky. A v porovnání s meskalinem (halucinogenní jed obsažený v kaktusech) dokonce 4000 x vyšší (Nešpor, 2001).

1.2.7 Extáze

Ve své původní podobě je známá jako MDMA. Extáze byla původně vyvinuta německou farmaceutickou firmou Merck již v roce 1912. V 50. letech 20. století byla používána americkou armádou při psychologických bojových testech. V letech 60. byla opět použita jako lék při psychoterapii k odstranění zábran. Teprve v 70. letech se objevila jako droga na večírcích. V 80. letech byl MDMA „nejžhavější kandidát na vítězství při hledání štěstí skrze chemii“. Ještě v roce 1984 byl MDMA legálně prodáván pod názvem extáze, ale již o rok déle byl z bezpečnostních důvodů zakázán. Konec 80. let je ve znamení rozmachu prodeje drog typu extáze, které však MDMA nemusely vůbec obsahovat. To co je dnes označováno za extázi je spíše koktejl mnoha různých látek přes kokain, heroin, LSD, amfetaminy a metamfetaminy až po kokain a jed na krysy. Uživatel vlastně ve skutečnosti neví, co si vlastně bere. Toto je důvod navíc, proč je extáze tolik nebezpečná.

Extáze se nejčastěji vyskytuje v podobě tablet, které jsou vyzdobeny roztomilými logy, ale může se užívat i ve formě injekční. Tekutá forma je ve skutečnosti látka, kterou obsahují čisticí prostředky na čištění odpadů či podlah nebo která je obsažena v odmašťovačích.

Na ulici se používá mnoho slangových výrazů. Třeba extoška, éčko, bobule, vožeh, kulatý, kolečko, pilulka lásky, eden, Eva, Adam, smajlík, sněhová koule apod. (www.drogy).

Patří do skupiny halucinogenů. Je nelegální. Příznaky užívání jsou velice podobné těm, které se vyskytují u LSD. Pilulkám extáze se mnohdy říká pilulka lásky, protože při jejím užití dochází k zintenzivnění vnímání barev a zvuků a údajně zesiluje vnímání a prožívání doteků a laskání druhé osoby při sexu. Je to ale jedna z mnoha lží, která o extázi koluje.

Varovné signály pro okolí

Tak jako u LSD je u extáze nejpodstatnější to, že uživatelé mění vnímání okolního světa a on slyší, cítí a vidí věci, které tak ve skutečnosti nejsou - halucinuje. Podle toho se chová a jedná a okolí si nutně musí všimnout nestandardního chování. Pod vlivem halucinací dochází velmi často k úrazům, sebepoškozování a i k sebevraždám. Extáze může uživatele vrátit do děsivého či smutného zážitku z minula, na který se zafixuje, aniž by si to uvědomil. Způsobuje rovněž velice vážné emocionální škody. Často vznikají deprese, stavy zmatenosti, těžké stavy úzkosti, psychotické chování, paranoidní nastavení (podezíravost, nedůvěra, pocity sledování, pronásledování, strach z lidí) a podobně. Mnoho z těchto poškození přetrvává u uživatele do konce života i přesto, že látku přestane užívat (Nešpor, 2003).

1.2.8 Alkohol

Pokud sledujeme vývoj alkoholu z historického hlediska, je třeba si říci, že dějiny užívání alkoholu jsou staré jako lidstvo samo. První zmínky o alkoholu najdeme již v eposu o Gilgamešovi, který pochází z 3. - 4. tisíciletí př. n. l. Starověké národy Středního a Blízkého Východu vyráběly kvašené nápoje z různých surovin obsahujících cukr.

Také Homér, Euripides a další vychvalovali výborné vlastnosti vína. Opovrhovali však tím, kdo neznal míru v pití, pil a choval se nezřízeně. V 6. St. př. n. l. vysvětluje Platón, jak správně pít. Do 18 let vůbec, do 30 let povoloval umírněné pití, po 40 roce se mohlo pít bez omezení. Pokud mají muži a ženy v úmyslu počít dítě, neměli by během noci pít.

Blahodárné účinky alkoholu jsou rovněž zmiňovány v díle Hippokratově (440 – 370 př.n. l.) a Ibn Siny (Avicenna, 980 – 1037 n. l.) Alkohol užívali při některých úrazech a chorobách.

Objev samotného alkoholu je připisován Arnaudovi de Villeneuve, který žil ve 13. Století, ale někteří alchymisté dokázali izolovat alkohol patrně ještě dříve. V téže době objevil filozof a lékař Raymond Lulle povzbuzující vlastnosti alkoholu a nazval ho „aqua vitae“ – voda života.

Do roku 1498 prodávali alkohol lékárníci jako lék, ale se stále se zvyšující poptávkou po něm přešel prodej do rukou hostinských (Sournia, 1999).

V dnešní době je alkohol - etanol - další návykovou látkou, na které je snadné stát se závislým. Je to malá a jednoduchá molekula, která vzniká při kvašení cukrů. Vře při 77°C a tuhne při - 117°C. Má mnoho pozoruhodných vlastností. Např., že kvasinky, které

umožňují jeho vznik, nechá „žít“ jen do 14% koncentrace alkoholu. Vyšší koncentrace je zahubí (Hornáková, BP, 2010).

V naší zemi, jako v mnoha jiných, patří mezi legální látku. Je volně dostupná a prodejná. Je v tekuté formě, pije se. Patří mezi látky tlumivé, byť by mnoho z uživatelů mohlo říci, že prvotní účinky alkoholu, které na sobě pocítují, jsou spíše opačné. To vše závisí na množství vypitého alkoholu. 1 sklenice piva či vína působí na své uživatele stimulujícím účinkem, pomůže jim se uvolnit. Pokud však pijí dále, tělo není schopné alkohol zpracovat, nastupují naopak účinky potlačující, tlumivé. Člověk ztrácí schopnost koordinace a sebeovládání (Nešpor, 1999).

Vstřebávání alkoholu do těla probíhá přes tenké cévy v žaludku (asi 20% alkoholu) a tenkém střevě (zbývajících 80%). K mozku se dostane během několika minut a začne snižovat činnost nervových buněk. Krevním řečištěm se alkohol dostane samozřejmě do celého těla a v játrech dochází k procesu metabolizace – odstranění alkoholu z krve a přeměna na netoxické látky. Množství alkoholu, které jsou játra schopna odbourat je omezené, proto zbytek alkoholu dále cirkuluje v těle. Intenzita účinku alkoholu je tak přímo úměrná množství, které uživatel vypije (Nešpor, 1999).

Varovné signály pro okolí

K brzkým známkám užívání alkoholu řadíme zarudlé oči, alkohol v dechu, nejistá chůze, setřelá výslovnost, zpomalení životních funkcí, oslabení zábran, nezdrženlivost, agrese, extrémně veselá nálada, narušené vnímání, neschopnost rychle reagovat – delší reakční čas, alkohol pokrývá úsudek a snižuje schopnost racionálně myslet, bolest hlavy po kocovině, zvracení, průjem, ospalost, potíže s dýcháním, otrava alkoholem, zvýšené riziko úrazů, sebevražd, sexuálního zneužívání, ale i snížená schopnost se bránit. U kombinace alkoholu a psychofarmak, ale i jiných, běžných léků, může docházet k otravě a dramatickým vedlejším účinkům léků mnohdy s fatálními důsledky. Při předávkování dochází ke snížení vnímání bolesti a otravě. Tělo se snaží jedu zbavit zvracením, může dojít až k bezvědomí, v horším případě ke kómatu až smrti. K tomuto mechanismu dochází v případě, že je překročena určitá hladina množství alkoholu v těle a v tomto případě dochází ke zpomalení dýchání. To vše záleží na množství a rychlosti vypitého alkoholu.

K pozdním známkám užívání alkoholu patří v první řadě rozvoj závislosti, častá okénka (nepamatování si toho, co člověk dělal pod vlivem alkoholu), zvyšování odolnosti vůči alkoholu, poškození nervů (až možnost propítí si schopnosti chodit – Korsakovova nemoc), amnestický syndrom, sexuální potíže, záněty žaludku, rakovina jícnu a ústní dutiny, jaterní cirhóza, rakovina jater, ztráta zaměstnání, zájmů, přátel – nepijánů, neúmyslná zranění – úrazy, dopravní nehody, utonutí, úmyslná zranění – střelná zranění, sexuální, násilí v domácnosti, podvýživa (Nešpor, 2003).

Alkohol je droga. Bohužel vzhledem k faktu, že nepatří mezi nelegální, mnoho jeho uživatelů vůbec nepřemýšlí nad tím, že užívají návykovou látku (podobně jako u tabáku nebo léků). Přiznat si, že jsou závislý, jim trvá velice dlouho a mnohdy k přiznání ani nedojde. Častým argumentem je, že kdyby to byla droga, nebude přece volně dostupný. Pitím alkoholu řeší většina lidí své osobní problémy. Velice často dochází k zneužívání alkoholu u mladistvých. Bohužel si neuvědomují, že vzhledem k faktu, že jejich mozek ještě není vyvinutý, dochází požíváním alkoholu k jeho poškození, které je mnohdy doživotní. V tomto ohledu byly prováděny výzkumy, které prokázaly, že u uživatelů alkoholu, kteří začínají konzumovat alkohol před 15 rokem věku, dochází k vyššímu riziku vzniku závislosti než u uživatelů, kteří začnou až po 21 roce věku.

Mezi nejmladší oběti užívání alkoholu můžeme řadit již nenarozené děti, protože těhotné matky – konzumentky, hlavně v prvních třech měsících těhotenství ohrožují své děti. Často se jim rodí děti s poruchou růstu, deformitami v obličeji, s poškozením nervového systému. Dítě, které se narodí závislé matce, která během těhotenství konzumovala alkohol, ihned po narození „prodělají“ svůj první „absták“. Je pro ně samozřejmě velice ohrožující a start do života jim tento fakt nesmírně ztěžuje (Nešpor, 1999).

Alkohol se stal součástí života mnoha lidí, nerozlišující vzdělání, postavení, zaměstnání. U mnoha z nich byl příčinou, která vedla k životním ztrátám a fiaskům. Úmrtí na komplikace spojené s užíváním alkoholu či na přímé účinky alkoholu se nevyhýbají ani známým lidem. Mnoho z nich s alkoholem bojuje opakovaně, podstupují léčby ve vyhlášených sanatoriích, ale velice často alkoholu opět propadají. Z českých celebrit je tato zkušenost známá například Bolku Polívkovi, Lence Kořínkové, Oldřichu Kaiserovi. Mnoha umělcům alkohol život dokonce i vzal.

Pro představu:

- John Bonham – bubeník kapely Led Zeppelin
- Steve Clark – kytarista skupiny Def Leppard
- Michaela Clarke – americký hudebník
- Oliver Reed – britský herec
- Jiří Wimmer – český herec a komik
- Vladimír Menšík – český herec
- Rudolf Rokl – český pianista

1.2.9 Léky

Ke zneužívání léků, především léků tlumivých, dochází velice často. Farmaceutický průmysl jich vyprodukoval velké množství. Některé se užívají při poruchách spánku, jiné proti bolesti, další na uklidnění. Každopádně užívání léků by mělo být pouze pod dohledem lékaře, na předpis a na dobu nezbytně nutnou. Na léky tohoto typu totiž vzniká velice lehce závislost. Problém zneužívání léků dospělými, ale i náctiletými je závažný problém, kterému by měla být věnována pozornost stejná, jako užívání ilegálních drog. Jakémukoliv užívání léků bez lékařského předpisu by se měl každý vyhnout. Lék je lékem z rukou lékaře. Každé další zneužívání může vést k rozvoji závislosti (www.drogy).

Mezi nejnebezpečnější patří léky obsahující barbituráty. Tyto léky se předepisují dnes jen zřídka, ale některé léky na bolest je mohou obsahovat. Dalšími tlumivými léky jsou léky ze skupiny benzodiazepinů. Odvykací stavy po těchto lécích vyžadují lékařskou pomoc. Dalšími zneužívanými léky jsou léky ze skupiny stimulantů, opiátů a antidepresiv. Je třeba si uvědomit, že ať už léky na bolest, na spaní nebo na uklidnění neřeší příčinu obtíží, jen tlumí příznaky. Léčbu je třeba pojímat tak, aby k bolesti, nespavosti nebo stavům úzkosti vůbec nedocházelo. Užívání léků by mělo být pouze jedno řešení z celku celé léčby. Mnoho psychických potíží, které přivedou člověka k lékaři pro léky, jsou podnětem spíše k léčbě s psychoterapeutem než k dlouhodobé léčbě tlumivými léky (Nešpor, 2011).

Varovné signály pro okolí

K brzkým známkám zneužívání léků patří zpomalená řeč, která je podobná stavu opilosti, ale dech není cítit alkoholem, poruchy myšlení, orientace, úsudku, ospalost, kolísání nálad, zpomalený dech, bolesti hlavy, snížený krevní tlak, závratě, horečka, poruchy vidění, rozšířené zorničky, potíže s močením, rozvoj závislosti.

U antidepresiv se často objevují nespavost, nervozita a neklid, třes, podrážděnost, pocení, nepravidelný tep, násilné myšlenky a činy, agrese, paranoia, nepřátelství, myšlenky na sebevraždu, neschopnost vydržet v klidu – vnitřní rozrušení, halucinace.

Mezi pozdní příznaky řadíme především závislost, která je častější u žen, trvalá roztřesenost, nechutenství, poruchy výživy, zkažené zuby, pocity pronásledování, duševní i tělesná závislost, potíže s krevním oběhem. Odvykací stav při vysazování vysokých dávek může způsobit i smrt (Nešpor, 2003).

Mnoho lidí si neuvědomuje, že distribuování či prodej léků, které jsou výhradně na předpis, je stejně ilegální, jako prodej kokainu nebo heroinu. Váže na sebe vysoké pokuty či tresty odnětí svobody. Pokud následkem prodeje je něčí smrt, může být uložen i trest nejvyšší.

1.3 Šikana

Dalším velice častým sociálně patologickým jevem je šikana. Můžeme šikanu popsat i jako poruchu vztahů ve skupině. Je velice závažným, společensky nebezpečným jevem ohrožujícím oběť jednak fyzicky, ale hlavně psychicky. Právě kvůli vzniku vážných psychických potíží oběti je nutné šikanu nepřehlížet a nezlehčovat. Důležitým znakem šikany je výrazný nepoměr sil mezi agresorem a obětí.

Abychom mohli hovořit o šikaně, musí být naplněny všechny podmínky. Znamená to, že musíme identifikovat osobu agresora, osobu oběti a prostředí, ve kterém k šikaně dochází. I s ní má zkušenost velká část dívek, které se zúčastnily výzkumu. Další část bude věnována problematice šikany.

Obzvláště u šikany je třeba velice schopné osoby pedagoga či pracovníka, který pracuje se skupinou. Je nutné, aby skupinu znal, věděl, jaké jsou vztahy uvnitř skupiny. Schopný a problematiku znalý pedagog – vychovatel může šikanu včas odhalit a nemusí dojít k jejímu rozvoji a tím k nežádoucím dopadům na vývoj jedinců (Hroncová, 2004).

1.3.1 Definice

Šikana je patologické chování. Chování, kdy jednatel nebo skupina úmyslně ubližuje spolužákovi či spolužákům a užívá k tomu agresi a manipulaci.

Dá se říci, že se jedná o jakýsi vlastní svět, s jasně danou hierarchií, pravidly, sankcemi a odměnami. Nemusí být nutně vysloveny nahlas. Je to model velice podobný modelu závislosti na návykových látkách, počítačových hrách či automatech.

Děti se v tomto modelu relativně snadno orientují. Jde o rozdělení žáků na silné a slabé. Osoba agresora se cítí být silná a oběť mu to opakovaně, v nejrůznějších situacích potvrzuje a v této pozici ho stabilizuje. Oběť často může agresora obdivovat a považovat ho za kamaráda, protože agresor mu věnuje svou pozornost. Agresor je vnímán jako vůdce.

Naopak oproti tomu oběť je vnímána jako osoba divná, jiná. Na své spolužáky touto jinakostí může působit negativně a vyvolávat názor, že si vše zaslouží. Toto negativní hodnocení oběti okolím snižuje nejen v agresorovi pocit viny, ale zároveň i v přihlížejících osobách. Zde je názorně vidět, že šikana není problémem agresora a jeho oběti, ale celého celku, celé skupiny a proto je třeba pracovat s celou skupinou, celým systémem (Kraus, 2010).

1.3.2 Důležité pojmy

Agrese je útočné chování, které obvykle následuje jako reakce na skutečné nebo zdánlivé ohrožení vlastní moci. Je to způsob chování, který se dítěti v určité situaci osvědčil, a jelikož jiný nezná, používá tento. Přináší pocit vlastní moci a možnost ovládat situaci.

Manipulace pochází z latinského výrazu ruka a uchopit. V sociální psychologii a sociologii je tento termín užíván jako označení snahy působit na myšlení druhých a přesvědčit je o správnosti myšlenky či názoru, který není manipulovaným jedincům vlastní.

Agresor je iniciátorem šikanování, je jeho přímým a aktivním účastníkem. Je to jedinec s touhou dominovat, ovládat druhé, prosazovat bezohledně sám sebe. Agresoři umí obvykle svůj vlastní strach skrývat, ale umí velice dobře zneužívat strach druhých. Otevřené násilí považují za prostředek k dosažení vlastních potřeb uspokojit svou touhu po dominantním postavení ve skupině.

Oběť je rovněž aktivním účastníkem šikany. Lze tak označit dítě, které je po delší dobu předmětem agrese druhých. Oběti jsou často okrajoví členové skupiny, osamělí jedinci neschopní zaujmout. Jsou to často děti, které se nenaučili sami sebe ochránit. Jsou to častěji děti, které jsou v porovnání s ostatními citlivější, úzkostnější, opatrnější nebo nejistější. Mají těsnější vazbu na rodiče, což je do jisté míry způsobeno přehnaným, ochranným výchovným stylem (Hroncová, 2004).

1.3.3 Fáze šikany

Proces šikanování se vyvíjí. Rozpoznání jednotlivých stádií šikany umožní vychovatelům zjistit, v jaké fázi se šikana nachází.

1. **Ostrakismus** – mírné, převážně psychické formy násilí, které se dějí dětem na okraji skupiny. Ke zrodu ostrakismu dochází u skupiny, kde vychovatel nezná dobře vzájemné vztahy ve skupině. Takový vychovatel nepostřehne varovné signály a nestihne tak zasáhnout a učinit opatření.
2. **Fyzická agrese a přitvrzování manipulace** – ve skupině vzrůstá napětí a její nejzranitelnější členové se stávají jakýmsi ventilem pro odreagování druhých, slouží jako hromosvod nálad ostatním. V této fázi dochází k drobnější fyzické agresi a větší manipulaci. Pokud ve skupině existují přátelské a kamarádské vztahy, převládají kladné morální hodnoty a negativní postoj skupiny k násilí, nemusí vůbec k rozvoji šikanování dojít.
3. **Vytvoření jádra** – je klíčový moment, kdy se rozhoduje, zda počáteční stádium přeroste do pokročilejšího. Pokud se v kolektivu nevytvoří silná, pozitivní skupina, která dokáže být rovnocenným partnerem agresorům, dojde k vytvoření skupiny agresorů, kteří systematicky šikanují nejhodnější oběti.
4. **Přijetí norem agresorů** – v této fázi dochází k tlaku ke konformitě. Pokud se nevytvoří ve skupině podskupina zdravého jádra, která by zabránila negativnímu vývoji, dojde k přijetí norem agresorů a ty se stanou „nepísaným zákonem“. Je to sta-

dium, kdy lze pozorovat, že i slušní členové skupiny se začnou chovat krutě a aktivně se podílí na šikanování obětí.

5. **Totalita** – je fáze absolutní šikany. Pravidla agresorů jsou přijata nebo respektována celou skupinou. Kolektiv je rozdělen na dvě skupiny. Agresoři mají moc a mohou všechno. Důkazem jim je i to, že si k oběti mohou dovolit cokoli a ta není schopna se jakkoli bránit. Ztrácejí se i zbytky lidskosti. Přijata je ideologie násilí a není v této fázi již místo pro soucit nebo snad pocit viny (Kraus, 2010).

1.3.4 Příčiny a motivy šikany

Při zamyšlení nad otázkou, kdo začíná šikanovat, je třeba hledat i odpovědi na otázky, co k tomu člověka vede, jaké má motivy. V publikaci Michala Koláře - Bolest šikanování autor zmiňuje tyto motivy:

- Motiv upoutání pozornosti.
- Motiv zabíjení nudy.
- Motiv žárlivosti.
- Motiv Mengeleho.
- Motiv prevence.
- Motiv vykonání něčeho velkého (Kolář, 2001).

Příčiny vzniku šikany jsou různé. Některé lze odhalit velice rychle, ale jiné jsou skryté a je třeba hloubkové analýzy, aby se objevily. Zde platí, že osobnost vychovatele je velice důležitá a hraje v odhalení a označení šikany velmi podstatnou roli. Bezesporu ale platí, že podhoubím pro růst agresora a jeho antisociálního chování je osobnost bez mravních hodnot a duševně prázdná. Dle Koláře bytost, ve které je neprobuzená duševní stránka se chová a jedná v podstatě antisociálně (Kraus, 2010).

1.3.5 Vliv rodiny na vznik šikany

Významným faktorem, který se podílí na vzniku šikany, jsou nedostatky a poruchy prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá a to především prostřední rodinné. Díky vlivu rodinného prostředí se může dítě stát jak agresorem, tak obětí. Byla prokázána souvislost mezi zro-

dem agresora a rodinným prostředím, kde je dítě vystavováno těžké citové deprivaci. Dítě, které v rodině nikdo neakceptuje, citově v ní strádá, si vyhledává pozornost jinde, vyhledává oběti, kterým ubližuje a tím si kompenzuje své sebevědomí (Kraus, 2010).

Pokud se dítě doma setkává s násilím, agresivitou a brutalitou mezi rodiči, může docházet k identifikaci s dospělým. Nemusí jít nutně jen o agresivitu mezi rodiči, hovoříme zde i o agresivním chování vůči dítěti. U rodičů hovoříme o rané zkušenosti. V podstatě můžeme říci, že model, který dítě vidí doma, si přenáší do svého chování a jednání. Je pro něj akceptovatelný.

Můžeme říci, že rozvoj agresivních tendencí ve vysoké míře závisí na chování rodičů, hodnotovém systému rodiny, výchovném stylu rodič, preferovanému způsobu života. Dítě, které vyrůstá v prostředí, kde násilí je běžným prostředkem k dosahování cílů si tento model přenáší do svého chování i mimo rodinu (Matoušek, 2011).

1.3.6 Vliv sociální skupiny na vznik šikany

Každý jedinec je součástí a členem určitého společenství, skupiny a je ovlivňován jejím hodnotovým a normativním systémem. V některých skupinách je tolerance násilného chování velice vysoká. Pokud jedinec do takové skupiny patří, je pro něj členství v takové skupině důležité, pravidla skupiny mu vyhovují a vysoká míra agresivního chování je pro něj přijatelná, je vysoký předpoklad, že se bude také chovat agresivně a bude v projevech agresivity posilovat (Kraus, 2010).

1.4 Sebepoškozování a pokusy o sebevraždu

Sebepoškozování a pokusy o sebevraždy jsou další sociálně patologické jevy, které se v naší společnosti objevují a to velice často. Lze se setkat také s označením pocházejícím z latiny - suicidium. Sebevražda je čin, kdy člověk úmyslně ukončí svůj život. Často je páčána ze zoufalství, obvykle je přičítána duševní poruše, je spojená s užíváním návykových látek a s abúzem alkoholu. Svou roli hrají i stresové faktory, tíživá životní situace, dluhy a mezilidské vztahy. Ať už je důvod jakýkoli, je třeba si říci, že člověk, který se k tomuto kroku rozhodne, má pocit, že jiné řešení jeho situace již neexistuje.

Sebepoškozování volí často lidé, kteří potřebují uvolnit svoje vnitřní napětí tím, že si způsobí bolest.

1.4.1 Faktory ovlivňující riziko sebevraždy

Riziko spáchání sebevraždy je vyšší u těchto rizikových skupin:

- Jedinci s genetickými dispozicemi
- Duševní nemoci
- Užívání návykových látek
- Gamblerství
- Nemoci
- Psychosociální stavy
- Vliv médií

Z výše uvedených faktorů se u dívek umístěných ve výchovných ústavech nejčastěji objevují pokusy o sebevraždu nebo sebepoškozování v důsledku užívání návykových látek a jako důsledek jejich psychosociální situace. Velice často je to signál, který spíše upozorňuje či varuje před problémem. Je to jakési volání o pomoc (Hroncová, 2004).

1.4.2 Typy sebevražd

Sebevraždy dělíme na dokonané a nedokonané. Dále můžeme sebevraždy dělit na několik druhů podle toho, z jakých důvodů byly páčány:

- **Plánovaná, bilanční** – jde o naplánovaný akt, kdy se člověk rozhodne, že již nechce žít. Detaily promýšlí, plánuje, činí tak v soukromí. Těmto sebevraždám je velice těžké zabránit. Často se k nim uchylují těžce nemocní lidé.
- **Impulsivní, zkratkovitá** – jsou sebevraždy vzniklé z náhlého popudu, impulsivní akt. Často k nim dochází v důsledku psychického onemocnění, či užití návykové látky. Pokud se podaří sebevraha zastavit, roste šance na obnovu touhy žít.
- **Rozšířená, hromadná** – sebevrah se rozhodne nejen ukončit vlastní život, ale rozhodne o ukončení života i svých nejbližších, většinou dětí. Má pocit, že ne-

jen pro něj je sebevražda východiskem. Než by nechal děti tam, odkud sám odchází, vezme je raději s sebou.

- **Biická a patická** – biická sebevražda má původ v reálném základu. Je to například situace, kdy se pro dluhy člověk rozhodne svůj život ukončit. Na rozdíl od patické, kdy původ myšlenky sáhnout si na život vychází z patologie, tedy závažné onemocnění, kterým člověk trpí.
- **Sebezabití** – je úmrtí vlastní vinou, ale bez předchozího úmyslu a plánování - náhodou. Například opilec spadne z výšky a zabije se.

Všechny tyto sebevraždy patří do skupiny dokonaných. Končí ztrátou života (Nývltová, 2008).

Další uvedené druhy jsou ze skupiny nedokonaných.

- **Demonstrační, předstíraná** – často je nástrojem k citovému vydírání. Obětí je jednoznačně okolí. Sebevrah si zajistí, aby někdo včas přišel, viděl ho a v konání mu zabránil. Někdy je tento druh nazýván parasuicidium.
- **Sebevražedný pokus** – je voláním o pomoc. Velice často k němu dochází u lidí, kteří si neumí říci jinak o pomoc, pozornost. Velice často se vyskytuje právě u dívek z výchovných ústavů.

Jedinci páchající sebevraždy často pocítují bezradnost, beznaděj, strach, jediné na co myslí a k čemu se upínají, je sebevražda, kterou vnímají jako jediné řešení své tíživé situace. Pokud vnímají sebevraždu jako jediné východisko řešení vlastních problémů, existuje šance, jak jim účinně pomoci. Je třeba ale nejen člověka od sebevraždy odradit, ale je nutné s ním nadále pracovat, o tomto problému hovořit a najít pro něj jiná řešení jeho potíží. Pouze odradit od sebevraždy nestačí. V každém případě je třeba brát hrozby sebevraždou vážně. Až 60% lidí hovořící o sebevraždě se o ni minimálně pokusí (Nývltová, 2008).

1.4.3 Dílčí závěr

Jak je vidět výše popsané sociálně patologické jevy jsou velice závažné a každý z nich má vážné dopady na vývoj a výchovu dítěte. To, že ho ovlivňují ve vysoké míře je bezesporu jasné. Míra postižení a poškození fyziologického vývoje je samozřejmě ovlivněna délkou expozice danému patologickému jevu, snahou o řešení samotným jedincem. Spolupráce je

jedním z nejpodstatnějších předpokladů na cestě vedoucí k nápravě. Je ale mnohdy velmi složitá a zdlouhavá.

Z pohledu výchovy a pedagogiky je třeba se zaměřit na děti, žáky a studenty, vnímat je více individuálně, což v dnešní uspěchané době je velice obtížné. Nedostatek času a zájmu ať už ze strany rodičů či pedagogů a dalších vychovatelů je velice často jen výmluvou pro to, aby nemuseli tyto situace řešit, aby se nemuseli o těchto situacích vlastně vůbec dovědět a mohli říkat, že jich se to netýká. Ale opak je pravdou. Mnohdy si přijetí odpovědnosti přehazují navzájem a doslova pod rukama jim dochází k postupné destrukci dítěte - člověka. A v mnoha případech stačilo být jen více vnímavý a pozorný, najít si čas, zastavit se a komunikovat.

Zde vidím obrovský prostor pro sociální pedagogy. Ať už budou působit v jakékoli fázi prevence, kde je ještě možnost úplně předcházet vzniku problémů, ale i práce s jedinci, kteří s patologií již zkušenosti mají.

Působení na děti již od útlého věku formou, která je pro ně vhodná a pochopitelná. Označovat problémy, snaha je řešit, spolupracovat se školami již na prvním stupni základních škol. Poskytovat cenné informace rodičům, pedagogům a dalším vychovatelům. Komunikovat a ne před problémy utíkat.

Každé dítě, které se povede po zkušenosti se sociálně patologickými jevy vrátit zpět do společnosti, kde se plnohodnotně zapojí a cítí se být její součástí je úspěch a známka toho, že práce lidí působících v této oblasti má smysl.

2 VÝCHOVA

Definice výchovy je velké množství. Výchovou můžeme označit proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout u něj pozitivních změn. Lze na ni nahlížet jako na řízený proces rodiče, pedagoga či instituce, který je naplněn snahou vést výchovu dle norem společnosti (Průcha, 2001). Kohout definuje výchovu jako specificky lidskou činnost, která je vázaná na vytvoření příznivých podmínek, a která je závislá na vysoké úrovni vychovatele, úctě, důvěře a respektu k vychovávanému a v neposlední řadě schopnosti vcítit se do jeho osobnosti (Kohout, 2002, str. 22). Současná společnost a potažmo celý svět prochází velice rychlými změnami technickými, vědeckými, změnami životního prostředí a samozřejmě i změnami nároků a požadavků na jedince společnosti. Tyto procesy nutně vyvolávají zamyšlení a často i otázky, kterými se mnoho vychovávajících zabývá.

1. Jak vychovat děti pro svět, o kterém nevíme, jak bude v budoucnu vypadat?
2. Děti rostou do doby, která bude složitější a rozporuplnější než ta naše. Jak je na to připravit?
3. S rozvojem turismu se hranice našich dětí posunou jistě dále než naše, setkají se s mnoha naprosto odlišnými společenstvími. O to více je třeba ve výchově dětem dát silné emoční ukotvení.
4. Děti přicházejí do doby, kdy budou stále více odkázané sami na sebe při řešení životních situací. Je třeba připravit je na to (Vorlíček, 2000).

2.1 Výchova v rodině

Rodina je první sociální skupinou, společenstvím, do kterého přichází právě narozený jedinec. Zaujímá v něm své místo, svou roli. Přichází do ní čisté, nepoznamenané. Teprve s příchodem do rodiny začíná být dítě vystaveno působení výchovy – začíná být vychováno. Tato výchova tvaruje a připravuje dítě pro vstup do dalších sociálních skupin, společenství, kde bude mít rovněž svou roli. Samozřejmě jeho chování a jednání bude z velké části ovlivněno výchovou právě z rodiny.

Rodina by měla znamenat pro dítě základní životní jistotu. To je ten nejlepší vklad, který mu můžeme dát. A je v naší moci! (Matějček, 1994, str. 17).

2.1.1 Vznik rodiny

Rodina dle našeho právního řádu vzniká uzavřením manželství. Manželství je trvalý svazek muže a ženy vzniklý způsobem, který stanoví zákon. Hlavním účelem manželství je založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc (§ 655 zákona 89/2012 Sb., str. 71.). Manželstvím a rodinným právem se zabývá zákon č.89/2012 Sb. Rodina vzniklá uzavřením manželství, je vlastně vztahem dvou rodin, ze kterých muž a žena do své nové rodiny vstupují. Nesou si určité výchovné vzorce ze svých rodin a to se projevuje přirozeně na jejich společném, výchovném působení na jejich děti.

Vstup do manželství, založení rodiny i následná výchova dětí je úzce spjata s adaptací. S procesem zvykání si na novou životní cestu, po které již nekráčí člověk sám, ale s partnerem, kterého si pro tuto cestu vybral. S průběhem adaptace úzce souvisí sebepojetí člověka. Vytváří se od samého počátku jeho života a je významnou měrou závislé na kvalitě mateřské péče. Podle toho, jak s dítětem jedná ten, na němž je nejvíce závislé, hodnotí ono samo sebe (Střelec, 1992, str. 20). Jinak řečeno, podle toho, jak nás hodnotí lidé, které považujeme za autority, hodnotíme se sami. U některých jedinců toto období neskončí nikdy. Sebepojetí vychází z výsledného životního pocitu. Jeho důležitou složkou je sebevědomí. Je odpovědí na životní úspěšnost, ale může být také v příkrém rozporu s ní – v takovém případě slouží jako obrana proti pocitu méněcennosti. (Nepřiměřené sebevědomí = často známkou skrytých komplexů méněcennosti). Pocity nedostatečnosti vedou k nepřiměřeným reakcím. Pokud je tomu tak v manželství a rodině vede to ke vzniku pocitů, navozujících negativní vztah. Ten přirozeně ovlivňuje vztah manželů a následně výchovu dětí (Střelec, 1992).

2.1.2 Výchovné zkušenosti

Jednou z mnoha rolí, ve kterých se octnou dospělí, je role vychovatelů svých vlastních dětí. K této roli se dostali přirozenou cestou, bez možnosti tréninku či předchozího ověření, zda svou roli zvládnou úspěšně či nikoli. Přes význam, který je na výchovu kladen, nejsou rodiče nijak zvlášť na tuto roli dlouhodobě a systematicky připravováni. Je pouze na nich, zda se spokojí s tím, že o výchově něco vědí a to jim stačí nebo zda budou v této roli postupovat tak, jako kdysi jejich rodiče. Vzhledem k rychlému vývoji společnosti, změnou životních podmínek, ve kterých děti vyrůstají a se zvyšujícími se nároky na vzdělanost by bylo jistě třeba směřovat budoucí rodiče dále než k uspokojení se při výchově se zkuše-

nostmi ze svého dětství. K přípravě na roli rodiče by mělo docházet již v době druhého stupně základní školy samozřejmě vhodnou formou (Matějček, 1994).

2.1.3 Rodina a její funkce

Pokud hovoříme o rodině, je třeba si říci, že se v souvislosti s ní můžeme setkat s některými běžně užívanými pojmy.

- **Rodina** – je malá skupina lidí, která vznikne uzavřením manželství. Umožňuje soužití partnerů, jejich dětí, vztahy mezi příbuznými, ale také vztahy mezi rodinou a společností.
- **Základní rodina** – rodiče a jejich děti.
- **Rozšířená rodina** – rodiče, děti, prarodič a další příbuzné.
- **Úplná rodina** – kde žijí oba rodiče a alespoň jedno dítě.
- **Neúplná rodina** – kde jeden z rodičů z jakéhokoli důvodu chybí.

Fakt, že je některá rodina označena za neúplnou neznamena nutně, že je nefunkční. Mnoho dětí vyrůstajících a vychovávaných v neúplné rodině žijí v harmonickém, stabilním prostředí, kde jsou syceny všechny jejich potřeby. Vyrůstou z nich dospělý jedinci, kteří jsou kvalitní a připraveni na vlastní život.

Naproti tomu rodina úplná může být často nefunkční. K tomuto může dojít z mnoha důvodů. Rodiče udržují úplnost rodiny kvůli dětem, mnohdy okolí, ale atmosféra, která v rodině panuje je pro děti více nevhodná, než kdyby byla rodina neúplná. Dítě, které je neustále vystaveno a konfrontováno s rodinným prostředím, kde dochází mezi rodiči ke konfliktům, agresi a podobně, je tímto prostředím poznamenáno a nese si tento vzorec s sebou do svého budoucího partnerského vztahu (Montessori, 2012).

Funkcí rodiny jsou chápány úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě a jednak vůči společnosti.

1. **Ekonomická** – tato funkce má dvě stránky. Jednak zajištění všech členů rodiny včetně dětí, kde na rodičích spočívá podstatná váha odpovědnosti. A druhá stránka je být platnou součástí celé společnosti.

2. **Biologická, populační** – jednak je to funkce zajišťující základní biologické potřeby členů rodiny a jednak zajišťující pokračování rodu v podobě plazení dětí.
3. **Výchovná, socializační** – jedna ze zásadních funkcí rodiny. Je úzce spjata s dalšími rodinnými funkcemi. Zvláštní postavení rodinné výchovy je v tom, že se do ní více než u ostatních funkcí promítají vlivy všech stránek rodiny. Úkolem je připravit děti na vstup do společnosti.
4. **Emocionální** – další velice podstatná funkce rodiny. Pokud v rodině tato funkce nefunguje, dochází k citové deprivaci dítěte a tím k rozvoji vážných problémů ve výchově. Tato funkce je i určitou funkcí kompenzační, kdy rodina a domov jsou oproti světu povinností, požadavků a nároků místem odpočinku a klidu (Střelec, 1992).

2.1.4 Rodinné prostředí

Rodinné prostředí působí na děti. Podmínky rodinného prostředí můžeme rozdělit do třech základních skupin. Materiální, psychologické – emocionální a kulturní. Které z těchto podmínek jsou nahraditelné nebo nenahraditelné více či méně?

S materiálními podmínkami je z pohledu nahraditelnosti nejméně obtíží. Přesto, že mnoho rodičů poukazuje na zvyšující se náklady na sporty či koníčky svých dětí, zvládnou tuto situaci rodiče řešit vcelku bez větších problémů. Rodinnou výchovu příliš neohrožují.

Psychologické podmínky rodinného prostředí jsou bezesporu jeho těžištěm. Nejenom z hlediska působení na děti, ale především pro jejich vliv na ostatní stránky rodinného prostředí a na jeho celkovou kvalitu. Podstatný význam je těmto podmínkám přikládán bez ohledu na to, zda jde o působení na děti předškolního věku, na mladistvé nebo již dospělé s vlastními povinnostmi. Souhrn vlivů nazvaných psychologické podmínky rodinného prostředí působí na dítě jako činitel, který v určitých fázích života napomáhá utvářet jeho důležité povahové, mravní a volní vlastnosti. Dětství je považováno za celoživotní zdroj inspirace a orientace každého člověka.

Kulturní podmínky jsou další částí rodinného prostředí. Jak lze posuzovat tyto podmínky? Určitým ukazatelem je vzdělání rodičů. Je nepochybně důležitým ukazatelem, nikoli však jediným. S dnešní rostoucí vzdělaností rodičů se předpokládá, že se tento fakt příznivě projeví na výchově dětí. Vzdělání rodičů není rozhodně jediný ukazatel kulturní úrovně rodiny. Ta vyplývá především ze způsobu jejího života. Z jejího přístupu k otázkám společ-

čenského života, vztahu k práci, k povolání, k lidem, k věcem v okolí. Další aspekt, který ovlivňuje kulturní podmínky je úroveň vzdělávání a úroveň pedagogů působících na dítě. Kulturní stránka rodinného prostředí má nejužší vztah k výchovně vzdělávací práci školy.

Všechny podmínky rodinného prostředí by měli být při výchově zastoupeny. I když jsme o nich hovořili odděleně, je třeba si uvědomit, že rodinné prostředí funguje jako celek. Pokud dojde k absenci či narušení některých z nich, dojde k nerovnováze a prostředí nemůže plnit svou výchovnou funkci tak, jak má (Střelec, 1992).

2.1.5 Stabilita rodinných vztahů

Vývoj dítěte je ovlivněn stabilitou vztahů v rodině. „Pro dítě je podstatné, aby se ve společnosti svých lidí cítilo v bezpečí. Potřeba životní jistoty je zřejmě potřebou nejvýznamnější.“ (Montessori, 2012, str.16). Vnitřní stabilitu zajišťují zdravé, vyrovnané a stálé citové vztahy mezi jednotlivými členy, zejména mezi rodiči, dále pocit bezpečí před ohrožením zvenčí, vnitřní pohoda a shoda, společné prožívání radostí ale i neúspěchů a vzájemná pomoc. Děti z vnitřně stabilizovaných rodin se jeví jako povahově, pracovní i společensky vyrovnané, spolehlivé, nemají sklon k extrémnostem a neočekávaným výkyvům v projevech a názorech. Emoční stabilita, chcete-li, atmosféra rodiny je základním povahovým činitelem, zejména v období mezi 3. - 7. rokem věku, kdy jsou kladeny základy příští povahy osobnosti. Lidé, kteří v tomto věku měli jasné, laskavosti prohráté dětství, vyrůstají v lidi citově kultivované, společensky kladné a tvořivé. Jedinci, kteří v tomto období prošli naopak atmosférou disharmonie a byli opakovaně citově zraňováni, zůstávají tímto poznamenáni na celý život (Střelec, 1992).

2.1.6 Nestabilita rodinných vztahů

Nestabilita rodinných vztahů vede často k psychické, sociální a citové deprivaci. Deprivací označujeme stav, kdy dlouhodobě nejsou splňovány a uspokojovány základní potřeby člověka. Setkáváme se s ní často u dětí, které vyrůstají v prostředí, kde nemají dostatečné množství podnětů pro rozvoj svého duševního a společenského vývoje. Důsledkem toho je dílčí nebo celková zanedbanost dítěte. Ta je doprovázena nežádoucími projevy v chování, které mohou vyústit až v kriminální jednání. Tato situace je velice častá u mladistvých, v období dospívání. Mají pocit, že rodiče jim nerozumí, nechápou je. Ani ve škole nena-

cháží pochopení. Dochází často ke zhoršení prospěchu, časté záškoláctví a začnou se vyskytovat další, sociálně patologické jevy. Mnohdy krádeže, abúzus alkoholu, kouření cigaret, užívání návykových látek. K řešení těchto problémů se často přistupuje až dlouho po samotném vzniku. Děti samozřejmě vědí, že je to situace, se kterou se rodičům doma nesevěří a v prostředí, které je dysfunkční si mnohdy ani nikdo nevšimne, že dítě začalo mít problémy. Proto se celá záležitost začne řešit až při opakovaných proviněních buď ve škole, nebo jsou mladiství řešeni Policií ČR. Pak se zpětně řeší celá situace, dochází k rozplétání celého problému (Klimentová, 2002).

Mnohdy je společnost nucena sáhnout k opatření, kdy dítě z jeho dysfunkční rodiny odejme a uloží mu ústavní výchovu.

2.1.7 Dílčí závěr

Jak vyplynulo z výše uvedeného, je rodina velice podstatným činitelem, nebojím se říci dokonce nejpodstatnějším, ve výchově jedince. To, jak rodina funguje, jaké jsou v ní vztahy, jak se v ní dítě cítí, to zda je pro dítě jistotou a pevným zázemím, to vše ovlivňuje jeho budoucí chování, jednání, celý jeho život. Je jakýmsi vzorcem chování, který si nese do svého budoucího života, do své budoucí rodiny, kde bude jednou třeba sám vychovávat svoje vlastní děti.

Pokud jsou v tomto vzorci vyrovnaně a harmonicky zastoupeny a naplňovány všechny potřeby dítěte je předpoklad, že z něj vyroste osobnost vyrovnaná, plnohodnotná pro rodinu i společnost. Je pro společnost přínosem.

V případě, že tomu tak z jakéhokoli důvodu není, dochází k tomu, že společnost cestou různých institucí musí investovat úsilí, energii a v neposlední řadě i finance k tomu, aby takovému jedinci pomohla a eliminovala důsledky a dopady jeho disharmonického vývoje na jeho budoucí život. Ne vždy se ale tato snaha zdaří.

2.2 Ústavní výchova

Pokud prostředí, ve kterém dítě vyrůstá ho jakkoli opakovaně poškozují a negativně ovlivňuje, dochází k uložení ústavní výchovy. K uložení náhradní výchovy dochází: „Jsou-li výchova dítěte nebo jeho tělesný, rozumový či duševní stav, anebo jeho řádný vývoj vážně

ohroženy nebo narušeny do té míry, že je to v rozporu se zájmem dítěte, anebo jsou-li tu vážné důvody, pro které rodiče dítěte nemohou jeho výchovu zabezpečit, může soud jako nezbytné opatření také nařídit ústavní výchovu. Učiní tak zejména tehdy, kdy dříve účinná opatření nevedla k nápravě. Soud přitom vždy zvažuje, zda není na místě dát přednost svěřením dítěte do péče fyzické osoby.“ (zákon 89/2012 Sb., § 971, ÚZ, str. 101).

2.2.1 Etopedie

Etopedii chápeme jako sociálně pedagogickou disciplínu zabývající se osobami s psychosociálním ohrožením a narušením. Obecně ji můžeme charakterizovat jako disciplínu, která se zabývá výchovou a vzděláváním směřující k nápravě chování. Vydělila se v roce 1969 z psychopedie (Valenta, 2014).

Cílem je rozvoj jedince s psychosociálním ohrožením takovým směrem, aby se předcházelo sociální exkluzi, případně se zmírňovaly její důsledky.

Nejčastější pojmy používané v etopedii:

- **Chování** - souhrn vnějších projevů, činností a reakcí organismu.
- **Rizikové chování** – jsou takové vzorce chování, jejichž důsledkem může docházet k nárůstu zdravotních, sociálních, psychických ohrožení pro jedince nebo společnost.
- **Problémové chování** – je propojení jednotlivých projevů rizikového chování.
- **Poruchy chování** – opakující se vzorec disociálního a agresivního chování, které porušuje sociální normy společnosti.
- **Socializace** – proces propojení každého jedince se společností. Je to stav, kdy hodnoty a normy nejsou jedincem vnímány jako tlak zvenčí, ale je schopen přijmout je za své.
- **Resocializace** – proces, kdy se jedinec snaží dosáhnout obnovy nebo náhrady ztracených či omezených dovedností, schopností a sociálního fungování.
- **Reedukace** – proces, kdy se za použití pedagogických metod usiluje o změny v projevech chování jedince, které vedou k jeho sociální integraci.
- **Deprivace** – stav manifestující se inteligenční a citovou nevyspělostí. Vzniká, když nejsou uspokojovány po delší dobu potřeby jedince.

- **Maladaptace** – snížena schopnost přizpůsobit se změnám podmínek.
- **Sociopatie** – abnormální postoj vůči sociálnímu prostředí (Slomek, 2010)

2.2.2 Poruchy chování

Poruchy chování jsou často příčinou vzniku sociálně patologických jevů. Jsou to charakteristické, opakující se obrazy disociálního, agresivního a vzdorovitého chování.

Ke klasifikaci poruch chování se používá Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Existuje mnoho projevů, které mohou být vodítky k určení diagnózy poruch chování.

- Krutost k lidem a zvířatům
- Ničení majetku
- Nadměrné rvačky a tyranizování
- Zakládání ohňů
- Krádeže
- Opakované lhaní
- Záškoláctví
- Intenzivní výbuchy zlosti
- Vzdorovité, provokativní chování
- Trvalá silná neposlušnost

Při diagnostice musí být terapeut osobou erudovanou a znalou problematiky a je třeba brát na zřetel především vývojové období, ve kterém se jedinec nachází. Například bájná lhavost k dítěti v určitém vývojovém období patří a nelze ji považovat za poruchu chování (Valenta, 2014).

2.2.3 Dělení poruch chování

Z medicinského hlediska dělíme tyto poruchy na:

1. Specifické poruchy chování, často označovány hyperkinetické.
2. Nespecifické poruchy chování, zahrnující poruchy ve vztahu k rodině.

Z psychologického hlediska je dělíme na:

1. Neagresivní poruchy chování – lhaní, krádeže, útěky, záškoláctví.
2. Agresivní poruchy chování – agrese k lidem, zvířatům, šikana.

2.2.4 Historie péče o mravně narušené jedince

Názor na možnosti výchovy, úpravy projevů a péči mravně narušené jedince se měnil s vývojem společnosti, myšlení a hlavně podle názorů těch, kdo měli možnost mocenského uplatnění. V celém vývoji péče však lze pozorovat několik stupňů, vývojových forem v péči o narušené jedince:

Represe – používaná v počátku vývoje společnosti, v období prvobytně pospolné společnosti, otrokářské, ale i feudální, defektní jedinci byli ze společnosti vylučováni – likvidováni. V tomto represivním stupni lze rozlišit dva vývojové stupně:

- a) Likvidace – kdy docházelo k usmrcení defektních jedinců ihned po narození. Zatímco v ostatních odvětví speciální pedagogiky je tento jev zřetelný v etopedii lze tuto formu uplatnit až v pozdějším věku, tedy až po spáchání činu, který byl v rozporu s tehdejší společenskou normou.
- b) Segregace – se projevuje vyloučením defektního jedince ze společnosti, kmene, rodu. Typickým zástupcem segregace je vyhnanství.

Rehabilitace – k rozvoji této vývojové formy dochází se změnou feudální hospodářsko-ekonomické formace, tedy s nástupem kapitalismu. Počátky kapitalismu se objevují v 15. století (Itálie), pak i v Evropě. K moci se dostává buržoasie, která v zájmu svých cílů pohlíží na člověka jako na zdroj svých příjmů. Objevují se snahy zapojovat mravně narušené do pracovního procesu, aby přispěli k pracovnímu úsilí společnosti a tím k větším ziskům. Mizí represe, začínají snahy o převýchovu. Zde značný vliv dobročinných spolků a reformátorských osobností. Naopak církev ztrácí částečně své pozice.

Prevence – tento vývojový stupeň je charakteristický pro socialistickou společnost. Vychází z principu, že je lepší zamezit a předejít vzniku defektu než je následně odstraňovat. Objevuje se poradenská činnost, která by měla včas podchytit možnost vzniku poruchy chování a měla by upravit podmínky pro postiženého člověka jak v rodině tak ve společnosti. Vznikají příslušné instituce.

Všeobecně se dá říci, že v péči o mravně narušené jedince je stěžejním znakem problematika používání trestů a to v dvojnásobném směru:

- Trest jako represe
- Trest jako výchovný prostředek

V první fázi měl trest výlučně represivní charakter, často byl doprovázen tělesnými postihy. Přes snahu pokrokových pedagogů zůstal trest v naší pedagogice vlastně až do nástupu dělnické třídy k moci. Ve světě tato forma trestu stále přetrvává (Chaloupka, 1986).

Vývoj péče o narušené jedince v zahraničí

Již v dílech Erasma Rotterdamského, J. Locka a dalších pedagogů se objevují tendence směřující k odstranění tělesných trestů. Historicky docházelo ale k odklonu od tvrdé represe jen velmi pomalu. Ani věznice neměly o mladistvé a jejich převýchovu zájem. Až při oddělení mladistvých od dospělých ve výkonu nápravy došlo k jinému přístupu. První takové zařízení s tímto zaměřením založil v Bridevelli v Anglii král Eduard VI. – 1553. Cílem bylo naučit mladistvé poctivé práci a přitom jim dát možnost si vydělat.

V roce 1595 byl v Holandsku v Amsterdamu založen ústav s výchovným charakterem a v roce 1612 byla vydána publikace o výchovných metodách tohoto ústavu.

Následovalo založení podobných ústavů v Německu, Itálii a Polsku, později pak v Belgii a Francii.

Společným znakem těchto zařízení byla metoda pracovní výchovy, která byla často spojená s výdělkem. Spolu s pracovní výchovou v mnoha zařízeních probíhala i profesní příprava, dokonce byly vydávány i výuční listy.

V historickém vývoji o narušené jedince můžeme hovořit o několika výchovných systémech:

a) Tradiční systémy

- Filadelfský byl založen na úplné izolaci chovanců v samostatných celách.
- Augburnský byl organizačně podobný Filadelfskému, ale přes den měli chovanci společné zaměstnání.
- Lensburský výchovný princip byl propracován do postupných cílů, které měli svou hierarchii. Pokud chovanec vše splnil, byl propuštěn.

b) Rodinné systémy

Vznikají především v polovině 19. století. Duchovním otcem myšlenky byl J. H. Pestalozzi. Založil ústav, kde se snažil uplatnit výchovné práce podobné výchově v průměrné rodině. Jeho pokračovatelem byl Němec Wicherna, který vytvořil kolonii rodinných domků, kde se o mravně narušené staral manželský pár.

Ve Francii vznikla v Tours kolonie s několika výchovnými skupinami, kterou vedl vychovatel – otec.

c) Systémy s vnitřní sociální strukturou

Pod tímto pojmem chápeme systémy pracující se samosprávou umístěných jedinců. Makarenko řadí mezi principy pedagogické práce humanismu, pedagogický optimismus. V převýchově dosahoval dílčích úspěchů, jeho přístup však měl znaky jednostrannosti.

W. Georg založil v USA první tzv. Republiku mladých provinilců. Řídila ji samospráva chovanců. Byla v koedukovaném složení, což bylo na tu dobu velice odvážné.

V Evropě patřil mezi propagátory obdobných myšlenek Antonio Rivolta. Založil v Itálii nekoedukovaný ústav, který žil poněkud separativně (Chaloupka, 1986).

Po druhé světové válce se objevují nové trendy v péči o obtížně vychovatelné, je zjevná snaha rozvíjet více prevenci ve výchově včetně dohledu v rodinách. Výrazně rozpracováno v Belgii, Anglii a Polsku (Slomek, 2010).

Péče o obtížně vychovatelné v našich zemích

O cílenějším zaměření a o počátku péče o tyto jedince můžeme hovořit od 40. let 19. století, kdy u nás vznikají první spolky, které se angažují na poli převýchovy.

V roce 1841 byl založen Spolek pro blaho nuzných dívek v Praze, Spolek paní sv. Ludmily – zakladatelkou byla M. Riegrová – Palacká.

V roce 1847 je v Brně založen Moravsko – slezský ochranný spolek.

K významným pedagogům patřil Leopold Pek, ředitel vychovatelny v Říčanech, velký odpůrce tělesných trestů.

Výraznou postavou byl Alois Zikmund, ředitel Zemské vychovatelny v Opatovicích, ústav zanikl v roce 1947 a byl přemístěn do Králík. Zavedl podmíněčné propuštění chovanců a mládež roztřídil do tří skupin:

- Mládež mravně ohrožená
- Mládež mravně narušená
- Mládež mravně vadná

Rozlišoval dvě hlavní příčiny mravní poruchy:

- Endogenní = vlohy, dědičnost
- Exogenní = okolí a dysfunkčnost rodiny

Kladl velký důraz na vliv osobnosti vychovatele. Prosazoval využívání pedagogických psychologických a sociologických zásad. Zabýval se kombinovanými vadami z etopedického hlediska.

Mezi světovými válkami byla ve vztahu k dané problematice přijata i legislativní opatření, rok 1931 ve znamení vydání Zákona o trestním soudnictví nad mládeží, kde byla kromě jiného stanovena trestní odpovědnost od 14 let, zavedl pojem ochranná výchova.

Po druhé světové válce přešla komplexní péče v této oblasti na stát. Dochází k rozvoji speciálního školství, včetně etopedické oblasti (Slomek, 2010), (Chaloupka, 1986).

2.2.5 Zařízení pro mládež v současnosti

Instituce, které zajišťují systém péče, můžeme rozdělit následovně:

1. Zařízení pro děti psychosociálně ohrožené

Tato zařízení spadají pod sociálně-právní ochranu dětí. Orgány sociálně-právní ochrany dětí – OSPOD. Ty mohou zřizovat zařízení poskytující odborné poradenství pro péči o děti, zařízení sociálně-výchovné činnosti, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Dále k těmto zařízením můžeme zahrnout nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Jsou zařízeními ambulantními, nepobytovými. Nízkoprahová zařízení jsou anonymní.

2. Zařízení pro děti s poruchami chování, které nemají nařízenou ústavní ani uloženou ochrannou výchovu

Do této skupiny řadíme instituce vzdělávací a poradensko-intervenční. V dnešní době jich funguje velké množství. K nejvýznamnějším z nich patří: speciální třídy, školy pro žáky s poruchami chování, PPP – pedagogicko-psychologické poradny, SVP – střediska výchovné péče, SPC – speciálně-pedagogická centra, psychiatrické a psychologické ambulance. V tomto systému péče participují také školští poradenští pracovníci, zejména školní metodici prevence nebo výchovní poradci. V ČR je pouze jediná škola pro žáky s poruchami chování a to v Praze na Zlíchově. Při této škole funguje také jediné SPC pro žáky s poruchami chování v ČR.

3. Zařízení pro děti v ústavní a ochranné výchově

Tato zařízení jsou zřizována podle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Patří sem diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy.

Ústavní výchova je nařizována z rozhodnutí soudu podle občanského zákoníku v občanskoprávním řízení. Je určena pro nezletilé do osmnácti let věku. Základním předpokladem pro uložení ústavní výchovy je vážné ohrožení nebo narušení výchovy dítěte.

Ochranná výchova je ukládána rozhodnutím soudu v občanskoprávním řízení, spáchá-li dítě mezi dvanáctým až patnáctým rokem věku čin, za který lze dle trestního zákona uložit výjimečný trest, nebo v trestním řízení mladistvému mezi patnáctým a osmnáctým rokem tehdy, jestliže ochranná výchova podle rozhodnutí soudu splní svůj účel lépe než uložení trestu odnětí svobody.

4. Zařízení pro nezletilé se zvláště závažnými poruchami chování

Tato zařízení patří k těm, kam jsou umisťováni nezletilý se zvláště vážnými poruchami chování. Jde o dvě skupiny zařízení.

- a) Detenční ústavy – kam se umisťují jedinci se zpravidla psychiatrickou diagnózou, kteří spáchali a byli odsouzeni za zvláště závažný trestný čin.
- b) Vězení pro mladistvé – zde jsou umisťováni jedinci odsouzeni k trestu odnětí svobody (Valenta, 2014).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 ÚVOD DO PROBLEMATIKY VÝZKUMU A JEHO CÍLE

Jak jsem již poukázala v teoretické části své práce výskyt sociálně patologických jevů u mládeže v naší společnosti je fenomén velice často vedoucí k rozhodnutí uložit náhradní rodinnou výchovu. Výskyt sociálně patologických jevů je ovlivněn nejen výchovou v rodině, ale i působením sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije a vyrůstá. Ale i přesto, že ne každý výskyt sociálně patologických jevů vede až k uložení náhradní výchovy, rozhodla jsem se provést výzkum již u dívek ve výchovném ústavu umístěných, abych zjistila, které sociálně patologické jevy vedou nejčastěji k tomu, že instituce rozhodne o tom, že primární rodina a sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, není nejvhodnější pro jeho vývoj a dojde k uložení ústavní výchovy.

3.1 Metodologie

Mezi dva základní výzkumy řadíme výzkum kvantitativní a kvalitativní. Zatímco ve výzkumu kvantitativním jsou nositelem požadované informace převážně čísla, ze kterých lze stanovit průměr či výsledek v procentech nebo je lze zpracovat statisticky, u výzkumu kvalitativního je nositelem stěžejní informace slovo, podrobný, cílený a výstižný popis. Pro svou praktickou část jsem zvolila kvantitativní výzkum, kde jsem k získání potřebných dat zvolila metodu dotazníku. Hlavní důvod této volby bylo to, že dotazník byl anonymní. Dotazovala jsem se na velice citlivé a osobní informace, které by respondentky dle mého mínění nebyly ochotné sdělit, pokud by výzkum anonymní nebyl. Z vlastní zkušenosti vím, že v anonymním dotazníku nemají respondenti až takový problém s pravdivou, validní odpovědí.

Dotazník se skládá z 33 otázek, kterými jsem se pokusila zjistit, jaké sociálně patologické jevy nejčastěji vedly u oslovených k uložení ústavní výchovy, jaký na to mají samotné respondentky názor, se kterými sociálně patologickými jevy mají v životě zkušenost, ale také jaká jsou jejich přání, čím by chtěli v životě být a zda, kdyby měly možnost, by udělaly něco jinak.

Při zpracování diplomové práce jsem využila šablonu dokumentu MS Word pro diplomovou práci umístěnou na portálu Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně (Stříž, Říha, 2014).

3.2 Cíl a stanovení hypotéz

Výzkumem jsem chtěla potvrdit či vyvrátit hypotézy, které jsem si stanovila a to: nalézt odpovědi na otázky, jaké sociálně patologické jevy nejčastěji vedou k umístění do výchovného ústavu. Další otázkou je, zda dívky procházející výchovnými ústavami začínají se sexuálním startem před 15 tím rokem života a zda se tyto dívky sebepoškozují nebo pokouší o sebevraždu a pokud ano, jakým způsobem. Zároveň mě zajímalo, zda dívky v rámci hodnocení své situace přemýšlí o tom, že kdyby měli „druhou šanci“ udělaly by něco jinak.

H1 Nejčastější důvod k uložení ústavní výchovy je abúzus návykových látek.

H2 Dívky umístěné ve výchovných ústavech začínají se sexuálním životem před 15 rokem.

H3 Většina dívek umístěných ve výchovných ústavech je ke své situaci kritická a kdyby měly šanci, změnily by své chování a jednání tak, aby se do ústavu nikdy nedostaly.

3.3 Popis a charakteristika vybraného vzorku

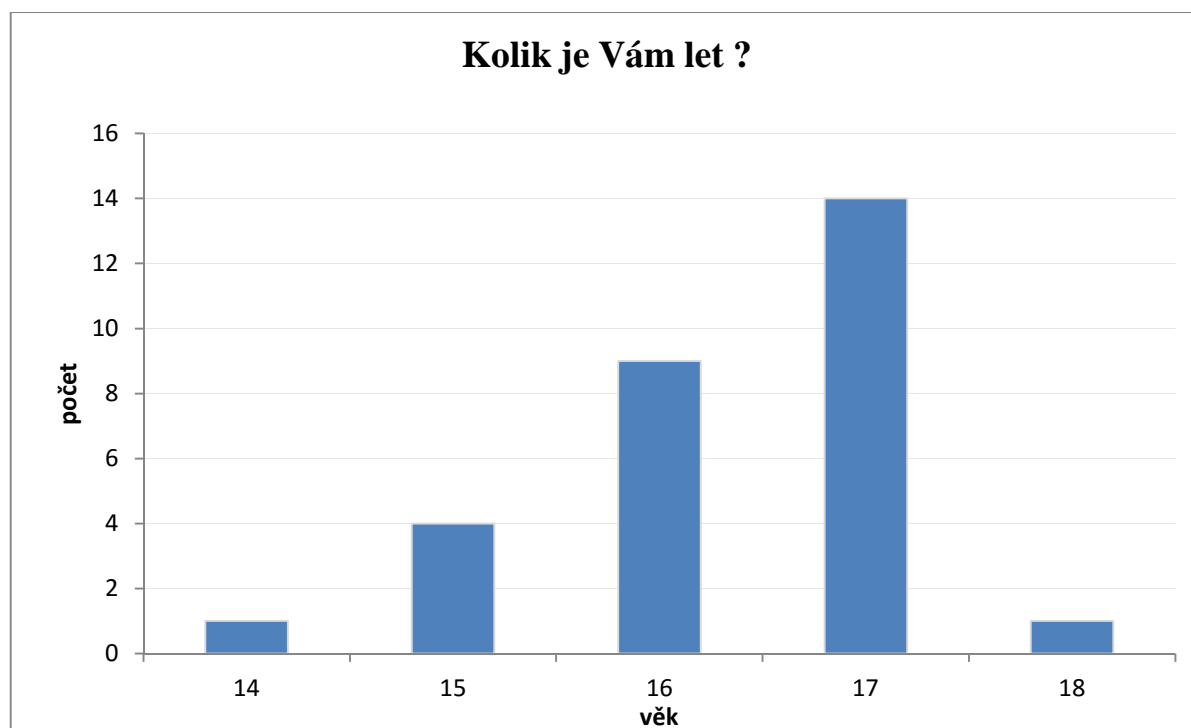
Respondentkami, které se zúčastnily výzkumu, jsou dívky, kterým byla uložena ústavní, ochranná výchova. Jedná se o dívky z Výchovného ústavu, základní školy a střední školy Velké Meziříčí a Výchovného ústavu Velké Meziříčí, odloučené pracoviště Janštejn. Dotazník vyplnilo celkem 29 respondentek ve věku 14 – 18 roků. Otázky v dotazníku byly kladeny tak, aby bylo možné zjistit, se kterými sociálně patologickými jevy se dívky setkaly, co vedlo k uložení ústavní výchovy, jaký názor mají samotné respondentky na uložení ústavní výchovy. Několik otázek bylo koncipováno na intimní život dívek.

4 GRAFICKÁ ČÁST

4.1 Analýza a interpretace výzkumu

Otázka č. 1

Kolik je Vám let?



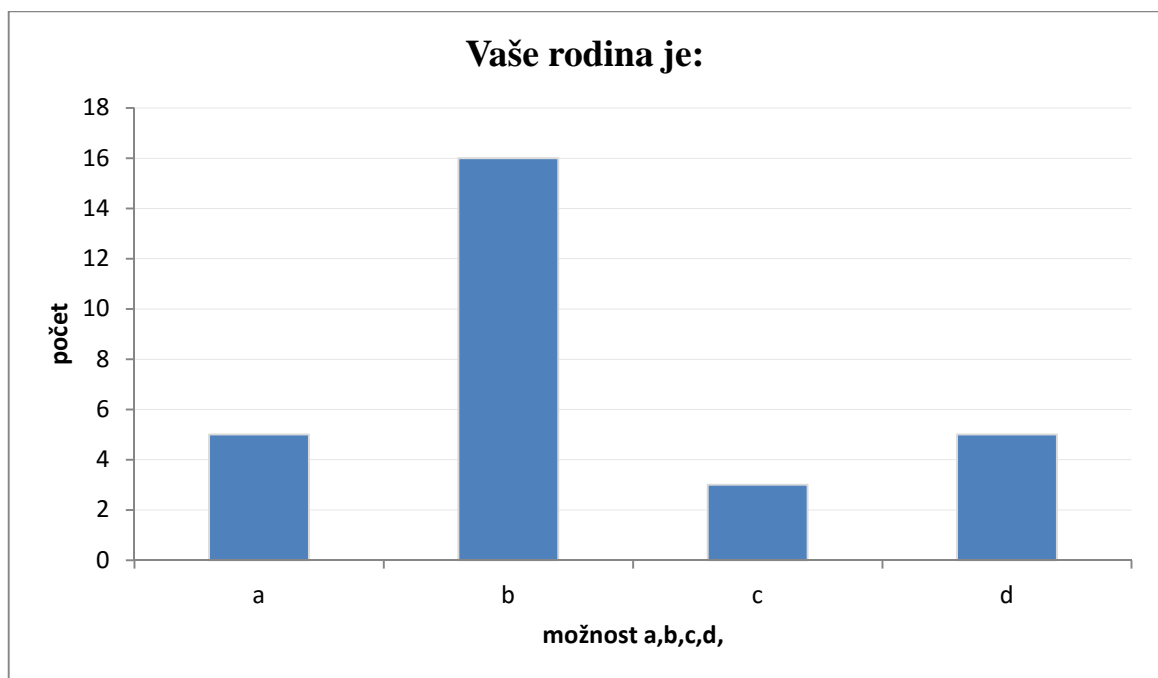
Graf 1

Skutečný věk respondentek v době vyplňování dotazníků se pohyboval od 14 do 18 roků. Přičemž nejmladší a nejstarší respondentky byly zastoupeny vždy pouze jednou dívkou. Největší skupinu tvořila děvčata, kterým bylo 17 roků (bylo jich 14) a hned za nimi skupina dívek, kterým bylo 16 let (9 děvčat). Skupinu doplňovaly 4 dívky ve věku 15 let.

Otázka č. 2

Vaše rodina je:

- a) úplná
- b) rozvedená
- c) žiji u pokrevních příbuzných
- d) jiná možnost (uveďte jaká)



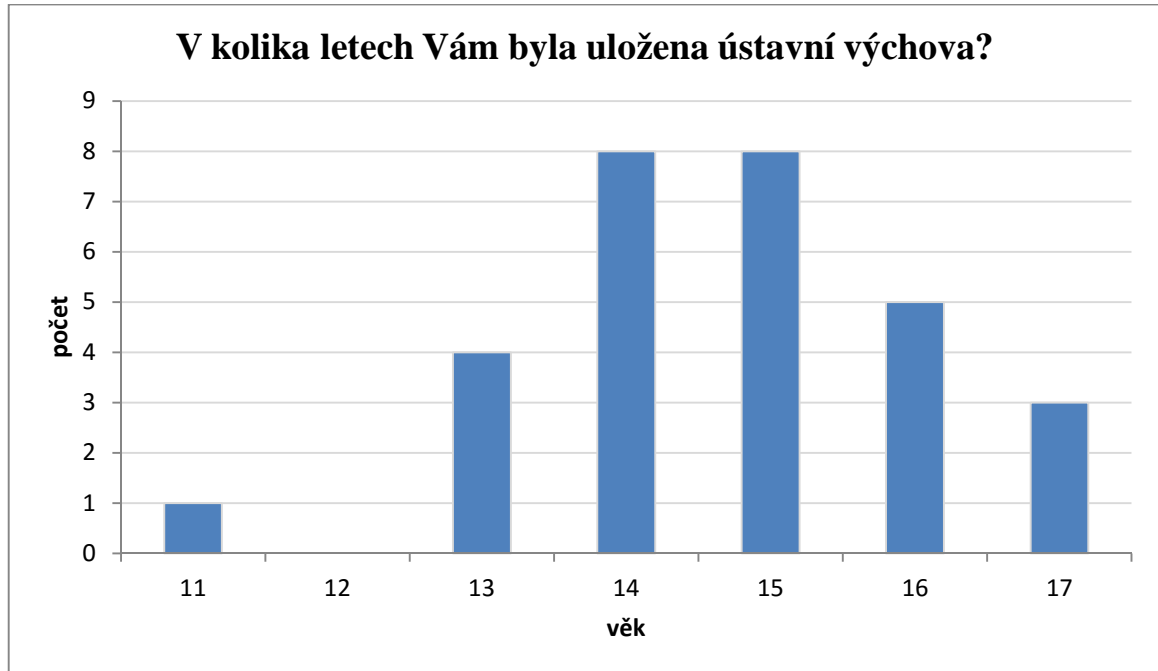
Graf 2

Nejčastější odpovědí na otázku z jaké rodiny dívky pocházejí, bylo, že z rozvedené - 16 dívek, z úplné rodiny pocházelo 5 dívek. U pokrevních příbuzných – konkrétně u prarodičů žili 3 dívky. Jinou možnost uvedlo 5 dotázaných. Z nich 2 žily jenom se svobodnou matkou a 3 zemřeli oba rodiče.

Předpokládala jsem, že nejméně polovina dívek bude pocházet z neúplné rodiny, což potvrdil výzkum. Ale i zjištění, že 5 dívek bylo z úplné rodiny, vede k zamyšlení nad funkcí rodinné výchovy v těchto „úplných“ rodinách, když došlo k uložení náhradní výchovy i u těchto dívek. Je vidět, že „úplnost“ není záruka zdravého, správného a nezávadného vývoje jedince.

Otázka č. 3

V kolika letech Vám byla uložena ústavní výchova?



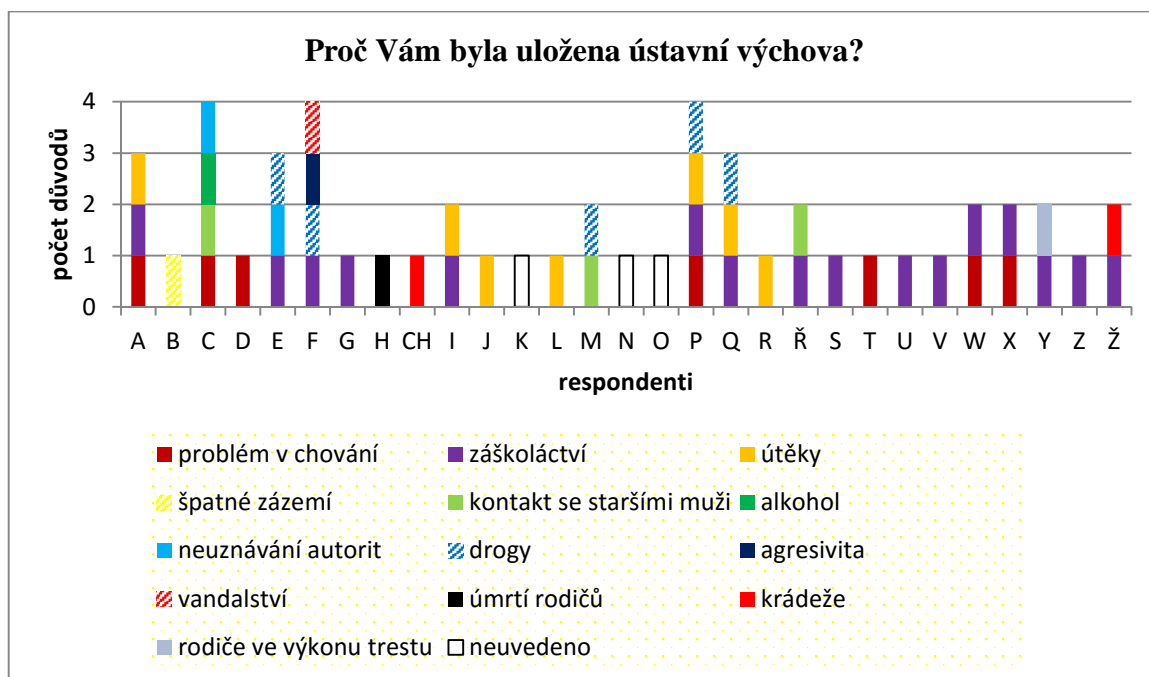
Graf 3

Rozmezí věku, kdy byla dívkám uložena ústavní výchova, je od 11 do 17 roků. Dle grafu je vidět, že nejčastější věk uložení je 14 a 15 let. Shodně u obou skupin jde o osm dívek. Hned potom následuje skupina dívek šestnáctiletých a třináctiletých. Třem dívkám byla uložena ústavní výchova v 17 letech a jedné dokonce v 11 letech věku.

Před vyhodnocováním dotazníků jsem předpokládala, že věk, kdy byla jednotlivým respondentkám uložena ústavní výchova, bude v období základní školní docházky. Tento předpoklad se potvrdil. Z odpovědí vyplynulo, že 21 dívkám byla uložena ústavní výchova již v době, kdy navštěvovaly základní školu.

Otázka č. 4

Proč Vám byla uložena ústavní výchova?



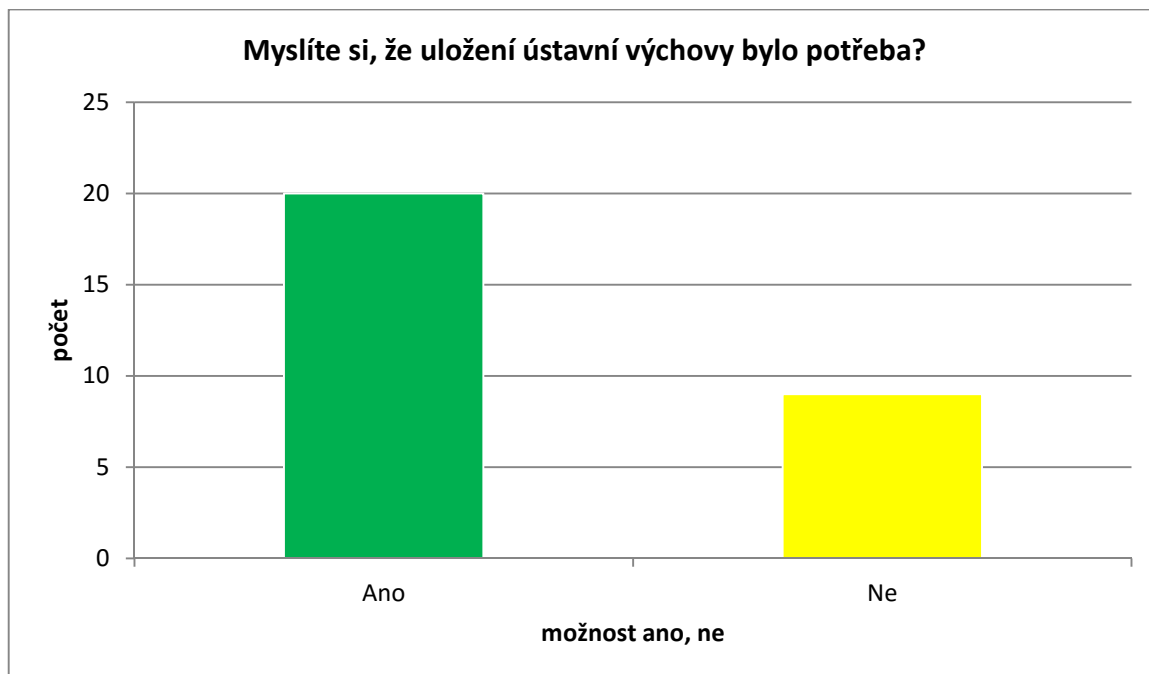
Graf 4

U důvodů uložení ústavní výchovy uváděly dívky celou škálu odpovědí. Jak je vidět na grafu č. 4 dokonce 13 dívek uvedlo více, jak jeden důvod. Dalších 13 dívek uvedlo jeden důvod, který ony sami, považovaly za ten nejpodstatnější. 3 dívky neuvedly důvod žádný, přesněji jejich odpovědi byly...nevím, neuvedeno a osobní důvody. Na druhé straně nejčastější důvod, který dívky uváděly, bylo záškoláctví, útek, problémy v chování, abúzus návykových látek a vztahy se staršími muži.

Můj názor byl, že ve většině případů byla uložena náhradní výchova za opakované porušování školní docházky z různých důvodů, např. záškoláctví, užívání návykových látek a opakované útek. Tento předpoklad se potvrdil. Byla jsem ale překvapena, že u některých dívek byl důvodem i kontakt se staršími muži, pravděpodobně spojený s prostitucí, dále nevhodné rodinné zázemí a v neposlední řadě výkon trestu obou rodičů. Myslím si, že vzhledem k anonymitě dotazníku neměly dívky problém uvádět informace tak, jak jsou. Bylo to jistě ovlivněno i faktem, že dotazník nevyhodnocoval nikdo z výchovného ústavu, ale pro ně úplně cizí osoba. Data získaná odpověďmi na otázky v dotazníku mají proto celkem validní výpovědní hodnotu.

Otázka č. 5

Myslíte si, že uložení ústavní výchovy bylo potřeba?



Graf 5

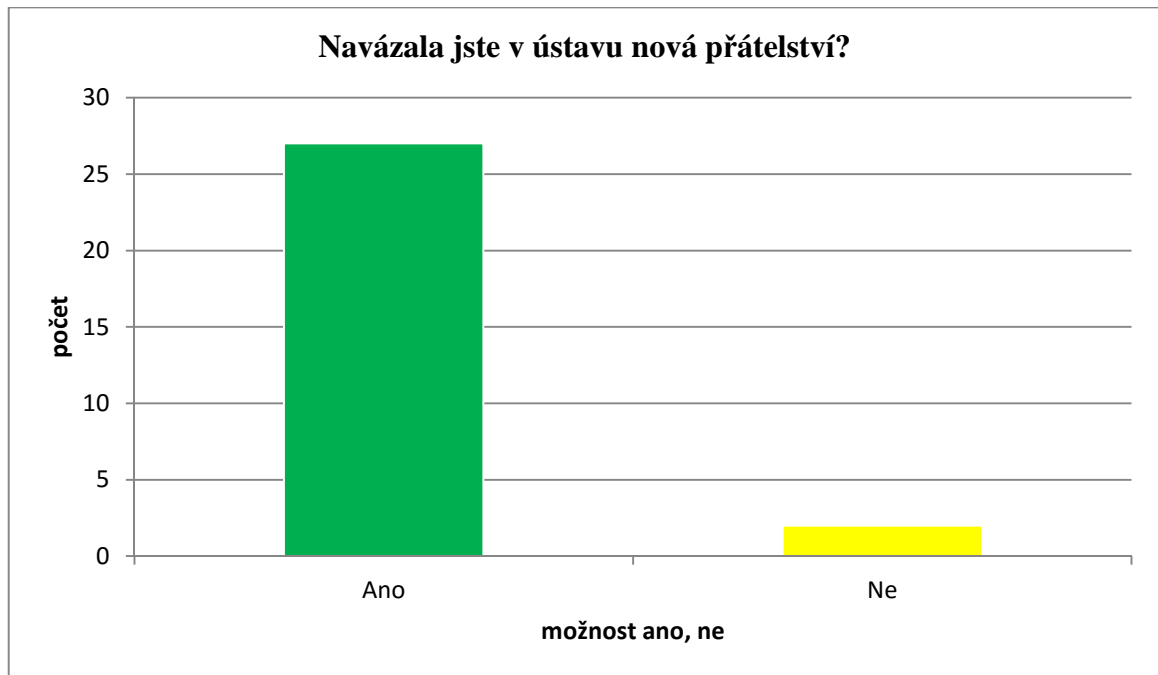
Na otázku č. 5 odpovědělo 20 dívek, že s uložení ústavní výchovy souhlasí. 9 děvčat si myslí, že uložení nebylo potřeba.

Můj předpoklad byl, že dívky nebudou v převážné většině sebekritické a nebudou souhlasit s uložení ústavní výchovy. Tento předpoklad plynul z toho, že většině dívek byla uložena ústavní výchova v době puberty (viz odpovědi otázka č. 3), kdy si většina adolescentů připadá nepochopená, okolní svět a hlavně rodiče a učitelé jim nerozumí. Okolí posuzující jejich chování je příliš kritické a nemá pro ně pochopení.

K mému překvapení více, jak 2/3 dívek si myslí, že uložení ústavní výchovy bylo opodstatněné a že s ním souhlasí.

Otázka č. 6

Navázala jste v ústavu nová přátelství?



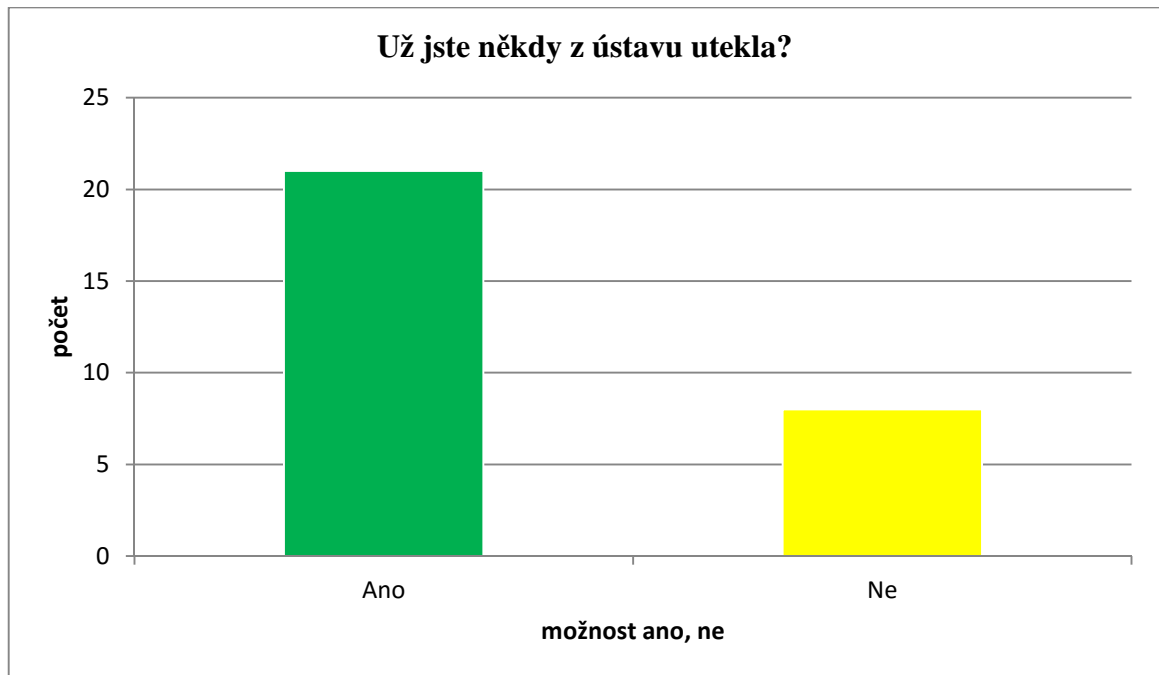
Graf 6

Na otázku č. 6 odpovědělo 27 dívek, že v ústavu nová přátelství navázala, 2 dívky odpověděly, že nikoli.

Umístěním do výchovného ústavu dojde k přetrhání sociálních vazeb a vztahů, které dívky dosud měly. Dojde k víceméně násilnému vytržení z prostředí, ke kterému měly dívky vztah a byly jeho součástí. Některým dokonce toto prostředí nahrazovalo nejbližší rodinu, která byla dysfunkční. V tomto prostředí se cítily potřebné, byly součástí něčeho a přinášelo jim to do jisté míry sebeuspokojení. 6. otázkou jsem chtěla zjistit, zda v ústavu navázaly nějaká nová přátelství. Můj předpoklad byl, že ano, protože vzhledem k dlouhodobému pobytu v těchto zařízeních a setkáváním se stále se stejnou skupinou lidí dochází dříve či později k seznámení a navázání nových kamarádkých či přátelských vazeb. I u dvou dívek, které odpověděly, že ne přemýšlím o tom, zda je tomu opravdu tak.

Otázka č. 7

Už jste někdy z ústavu utekla?



Graf 7

21 dívek z výchovného ústavu uteklo

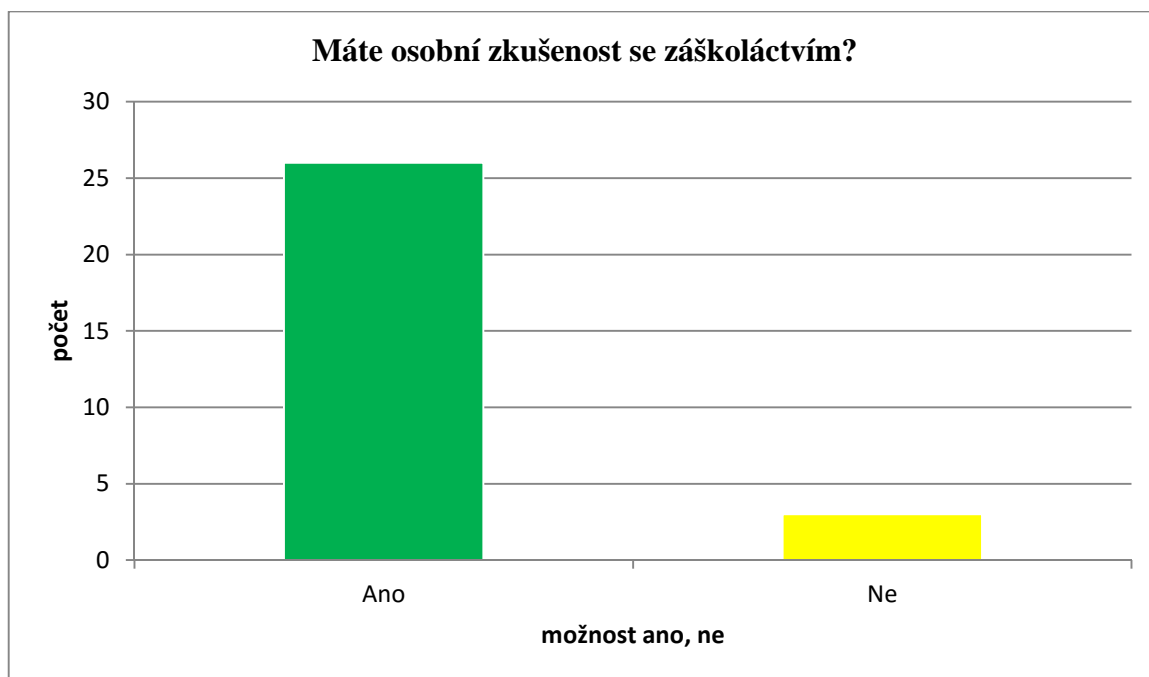
8 dívek ne

V souvislosti s faktem, že dívky jsou odebrány a vytrženy ze svého, pro ně blízkého a známého prostředí, které si v mnoha případech sami zvolily nebo v něm byly z větší části nuceny setrávat a navázaly v něm vazby, přátelství, mnohdy i blízké vztahy jsem samozřejmě chtěla zjistit, zda z ústavu, kam byly umístěné, někdy utekly. Zda se snažily do svého prostředí vrátit zpět i za cenu problémů s útekem, který pro ně bude spojen s trestem za jeho zrealizování. Útěky jsou většinou realizovány nevrácením se z povolené propustky z ústavu. Není ovšem výjimkou, že dívky utečou přímo z výchovného ústavu.

Stojí jistě za povšimnutí, že přestože si 20 dívek myslí, že jim byla ústavní výchova uložena oprávněně, 21 z nich již z ústavu uteklo.

Otázka č. 8

Máte osobní zkušenost se záškoláctvím?



Graf 8

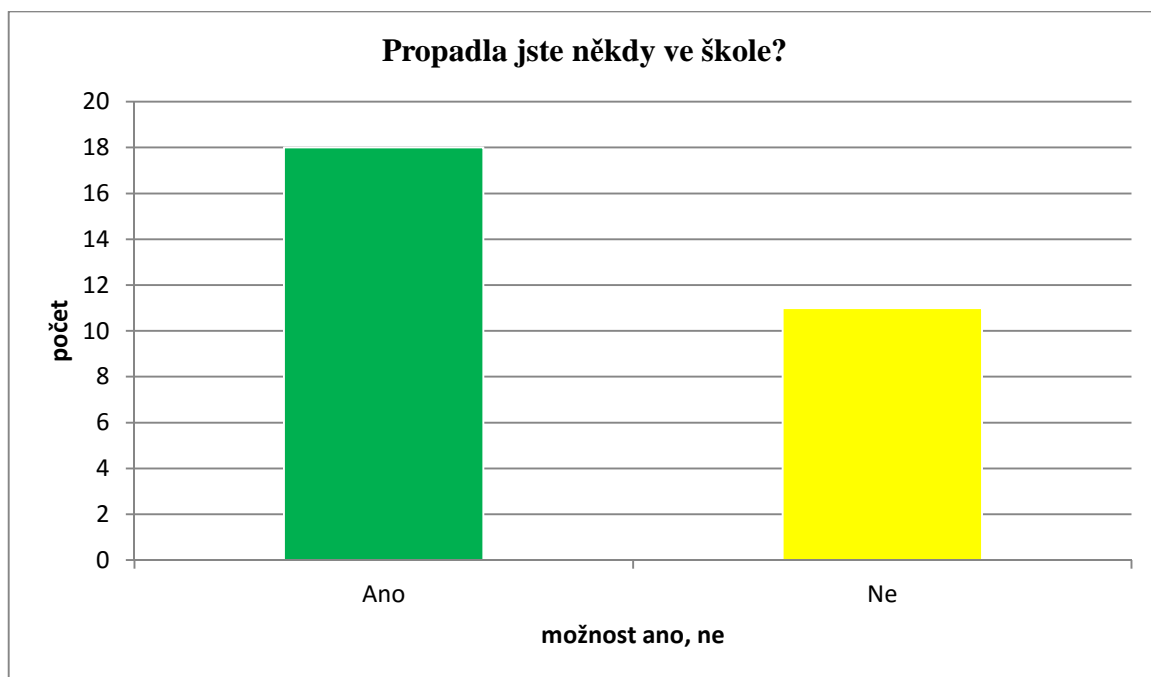
Odpovědi na otázku č. 8 jasně ukazují, že z 29 respondentek má se záškoláctvím zkušenost 26 dívek.

3 dívky se záškoláctvím zkušenost nemají.

Je vidět a potvrdil se můj předpoklad, že záškoláctví je jedním z velice častých sociálně patologických jevů, který může vést až k uložení ústavní výchovy. Téměř všechny dívky mají zkušenost se záškoláctvím, které dokonce u 16 z nich vedlo k uložení ústavní výchovy (viz. odpovědi v otázce č.4). Je třeba si říci, že záškoláctví má různé příčiny. Může to být šikana, neúspěchy ve škole v podobě špatných známek, neakceptování učitelů jako autorit, nedodržování pravidel, režimu, užívání návykových látek apod. Myslím si, že i když dojde za záškoláctví až k uložení ústavní výchovy, děvče je potrestáno, mělo by se záškoláctví v dané základní škole došetřit až dokonce a pokud je příčinou záškoláctví např. šikana zamezit jejímu opakování. V mnoha případech se šikana na základních školách neřeší, není totiž fakt, že v zařízení došlo k šikaně, dobrou vizitkou školy. Bohužel je toto na některých školách běžný jev.

Otázka č. 9

Propadla jste někdy ve škole?



Graf 9

18 děvčat během docházky do základní školy propadlo.

11 dívek nikdy nepropadlo.

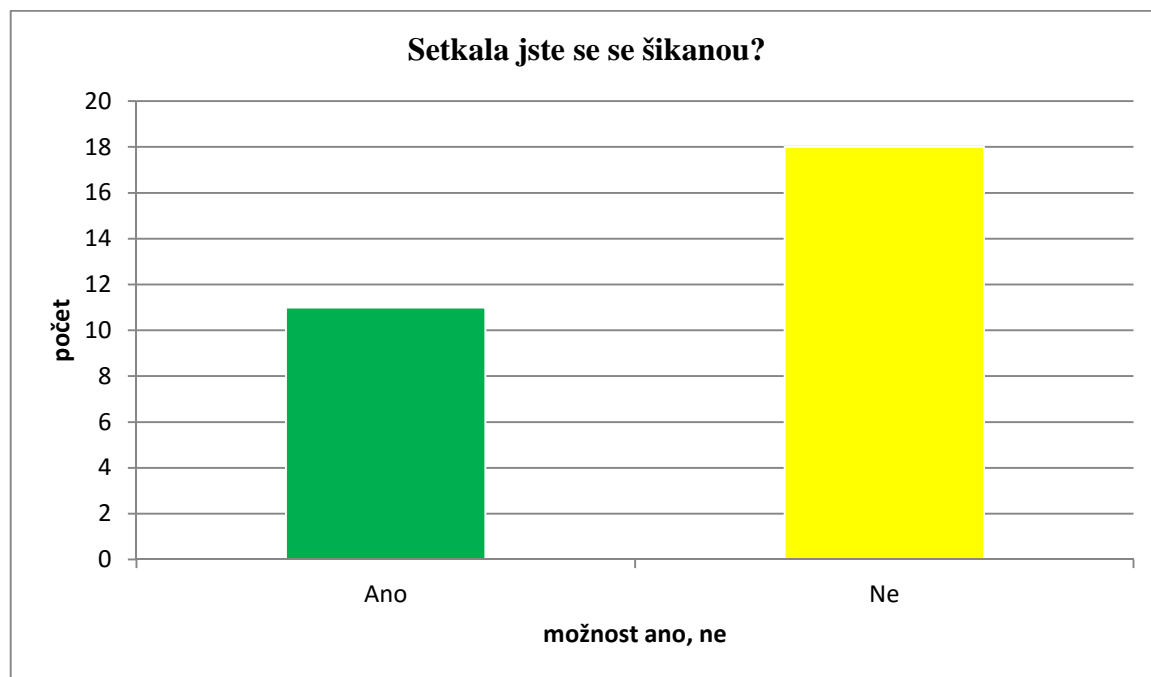
Předpokládala jsem, že potíže s učením má ve větší míře většina dívek umístěných v ústavu. Nemyslela jsem si ale, že takový počet z nich propadl a opakoval ročník. Na odpovědích na otázku 9 je jasně vidět, že předpoklad, že dívky mají potíže s učením, byl správný. Jejich studijní výsledky nedosahují zdaleka očekávání a představ rodičů ani pedagogů. To vede k tlaku na děvčata a jejich zvyšující se nechuti chodit do školy a vzdělávat se. Časté absence v docházce, nedostatečný počet známek vede k tomu, že dívky nejsou klasifikovány a nemohou proto postoupit do dalšího ročníku.

Otázka č. 10

Setkala jste se se šikanou? Pokud jste odpověděla ano, byla jste:

a) v pozici šikanované

b) nebo jste šikanu prováděla

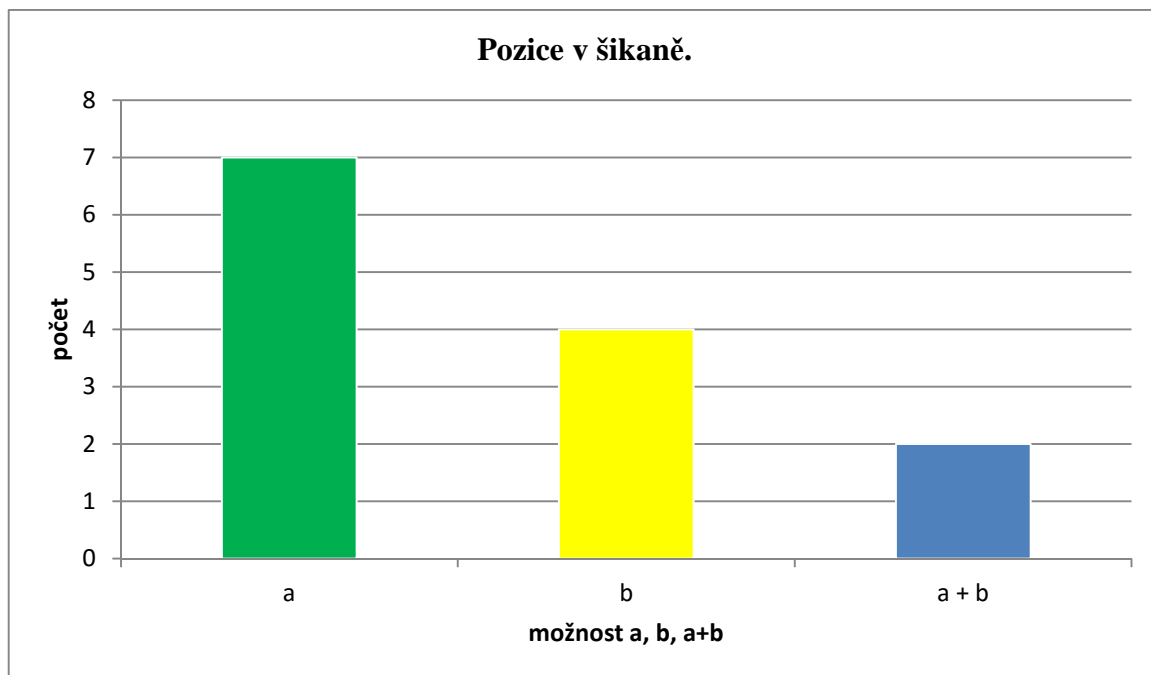


Graf 10a

11 dívek odpovědělo, že se setkaly se šikanou.

18 dívek se se šikanou osobně nesetkalo.

Mým předpokladem bylo, že se více jak polovina z dívek setkala se šikanou. Výsledky ovšem ukázaly, že ne zdaleka tolik dívek se šikanou zkušenost má. Šikana je dalším fenoménem současné doby a často probíhá skrytě a dlouhodobě, než dojde k jejímu řešení. Mnoho obětí šikany se o ní bojí mluvit a proto k odhalení a vlastnímu řešení šikany dochází velice dlouho po jejím vzniku.



Graf 10b

8 dívek bylo šikanováno.

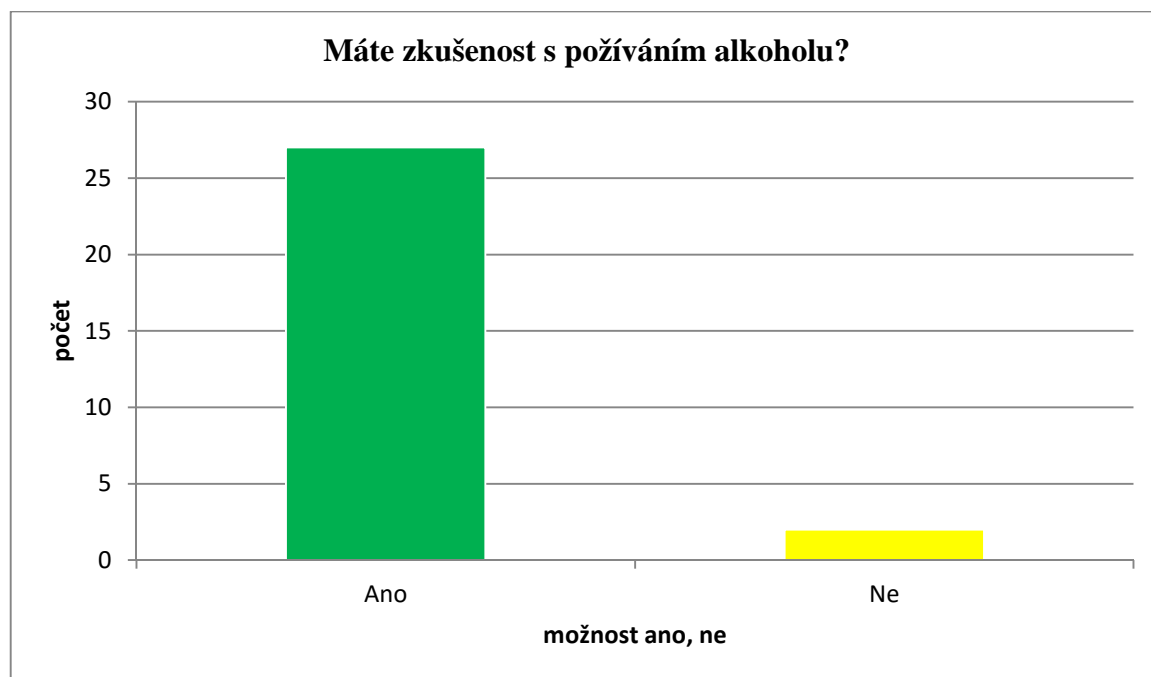
5 dívek se šikany dopouštělo.

2 dívky se šikany dopouštěly a byly i její obětí.

Při vyhodnocování odpovědí na tuto otázku vyšlo najevo, že součet odpovědí je 13. Znamená to tedy, že 2 dívky z těch, které mají se šikanou zkušenost, byly šikanované a rovněž se šikany dopouštěly.

Otázka č. 11

Máte zkušenost s požíváním alkoholu?



Graf 11

27 respondentek mělo zkušenost s alkoholem.

2 dívky odpověděly, že s alkoholem zkušenost nemají.

Předpokládala jsem, že většina dívek s alkoholem zkušenost měla. Odpovědi tento předpoklad potvrdily. Tato informace je vzhledem k věku dotazovaných alarmující. Pouze 1 dívka v době vyplňování dotazníku byla plnoletá. Zarážející je i fakt, že dívky neberou požívání alkoholu za nic závažného. Nedovedou si představit jít se bavit a nepít při tom alkoholické nápoje.

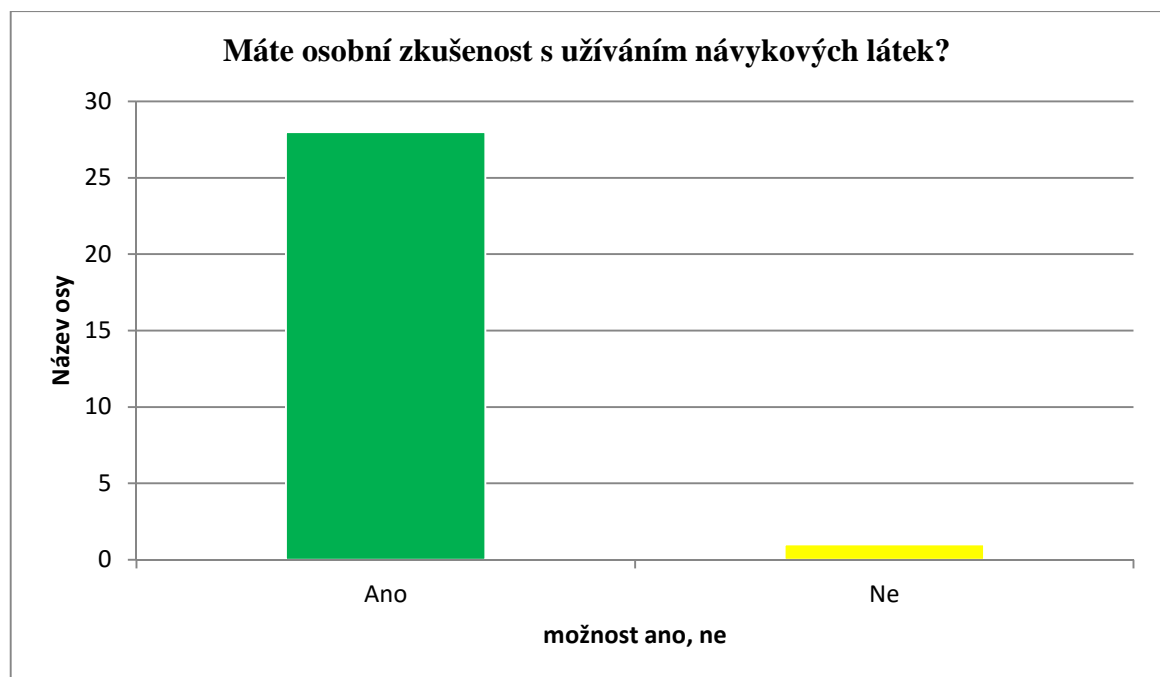
Otázka č. 12

Máte osobní zkušenost s užíváním návykových látek?

Pokud jste uvedla ano, uveďte s jakými: (prosím vypsát)

Pokud jste odpověděla ano, uveďte, jak jste návykové látky užívala? Označte všechny možnosti:

- a) kouření
- b) šňupáním
- c) podáváním do žíly
- d) spolknutím
- e) jinak (uveďte jak)



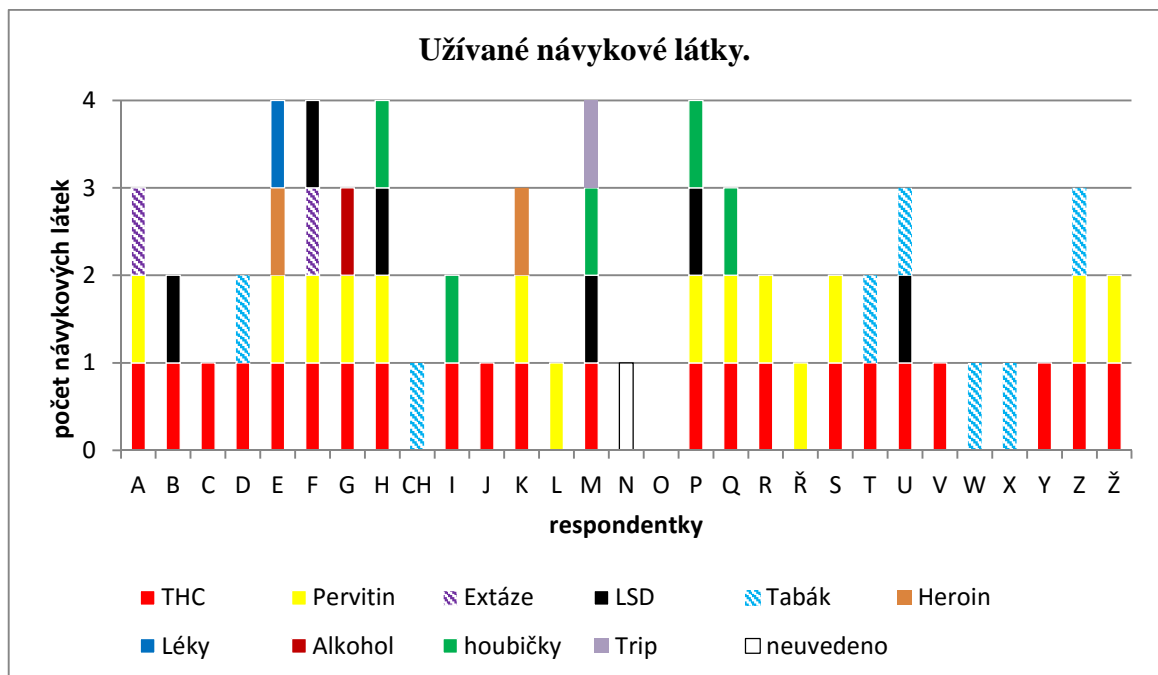
Graf 12a

Z odpovědí na otázku 12 je jasné, že s návykovými látkami má zkušenost 28 dotazovaných.

Pouze 1 dívka uvedla, že zkušenost s návykovými látkami nemá.

Můj předpoklad byl, že s návykovými látkami se setkaly všechny respondentky. Během vyplňování dotazníku jsem z dotazů dívek zjistila, že kouření tabákových výrobků a ciga-

rety spolu s požíváním alkoholu děvčata nepovažují za užívání návykové látky. Vysvětlila jsem jim, že cigarety i alkohol patří mezi návykové látky. Stojí jistě za povšimnutí, jak současná mládež a potažmo společnost bere kouření a alkohol za „normální“ a ne jako užívání návykové látky. Nezdá se mi pravděpodobné, že i dívka, která odpověděla ne, odpověděla pravdivě.

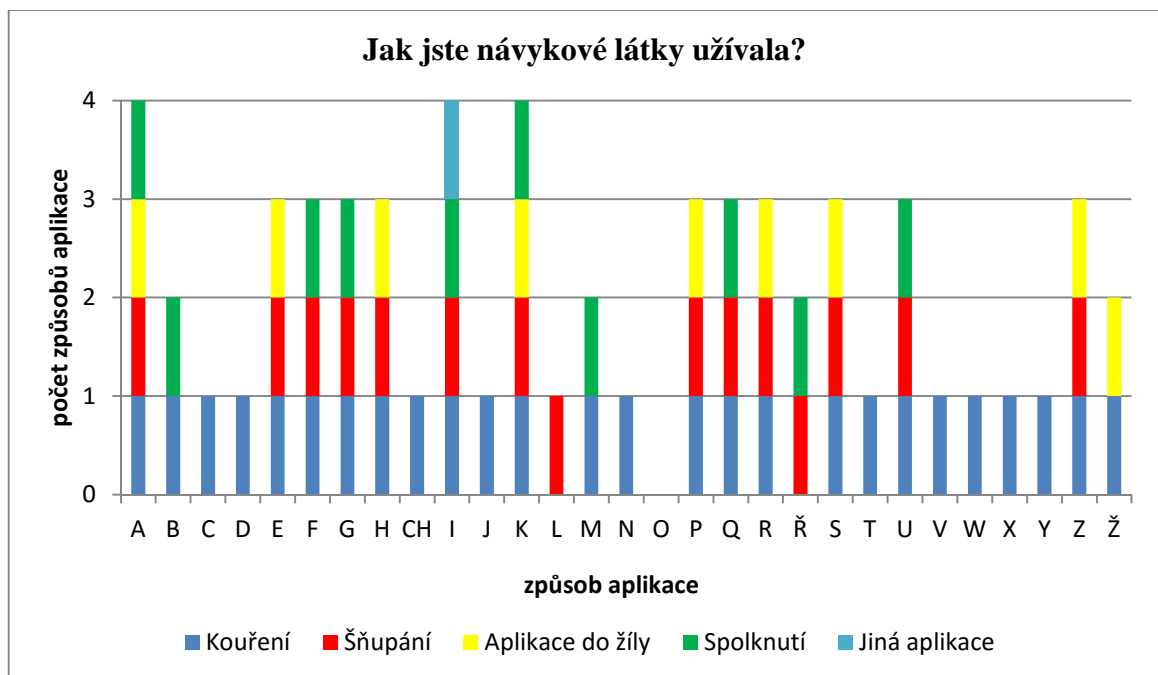


Graf 12b

Následující graf je přehled návykových látek, se kterými mají jednotlivá děvčata osobní zkušenost. Opět je graf řešen rozdělením na jednotlivé respondentky a je z něj patrné, že mezi nejčastěji užívané návykové látky patří marihuana. Její užívání uvedlo 22 dotazovaných. Další nejčastěji užívaná návyková látka je pervitin. S tím uvedlo zkušenost 14 děvčat. Dále pak cigarety - 7 dívek, LSD - 6 dívek, houbičky - 5 dívek. Mezi další návykové látky patřila extáze - 2 dívky, heroin - 2 dívky. Z dalších návykových látek uvedly ještě nadužívání léků (benzodiazepiny), alkohol a trip. 1 dívka neuvvedla žádnou návykovou látku, se kterou by měla zkušenost.

Dále je z grafu vidět, že 18 dívek má za sebou zkušenost s více než jednou, návykovou látkou.

Předpoklad, že děvčata mají s návykovými látkami bohaté zkušenosti, se potvrdil.



Graf 12c

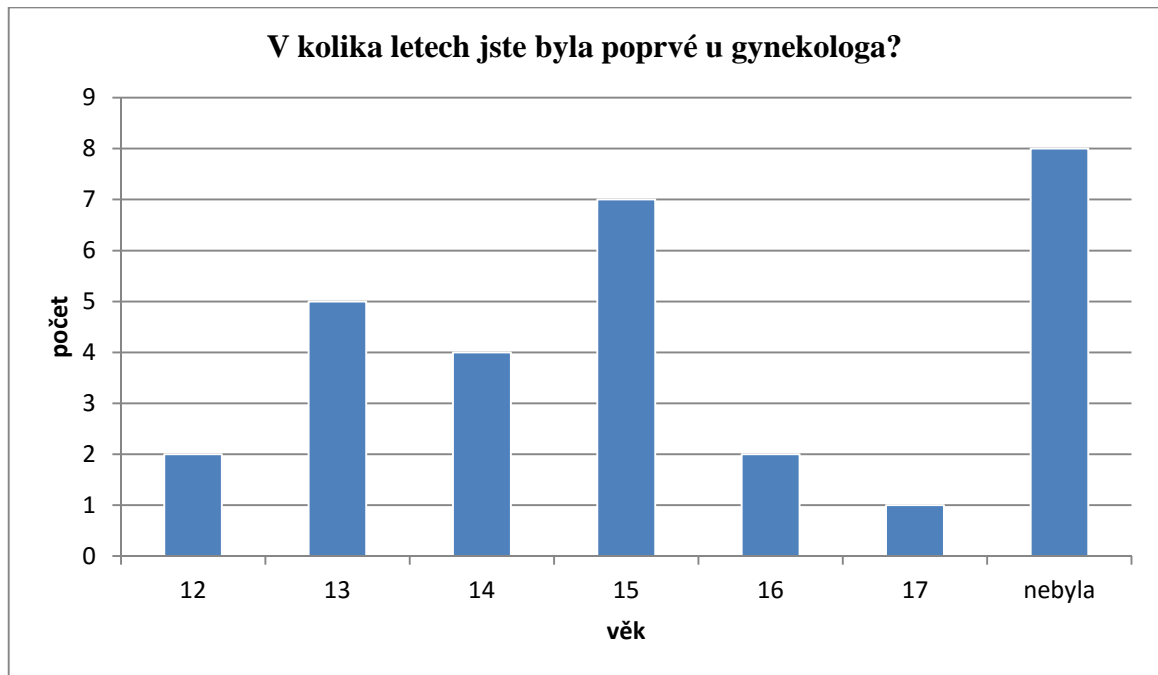
Na dalším grafu je vidět, jak respondentky návykové látky užívaly. Nejčastější formou užívání návykové látky je kouření. Tuto odpověď uvedlo 26 dívek. Další nejčastější forma užívání návykové látky je šňupáním. Tu uvedlo 15 děvčat. 9 dívek má zkušenost s nitrožilní aplikací návykové látky. Podání per os – tedy ústy je cesta užití látky pro 10 dotazovaných. 1 dívka uvedla aplikaci přes vodnici. Dále pak 1 z děvčat nemá s aplikací návykových látek zkušenost z důvodu neužívání žádné návykové látky.

Jak je patrné, jsou mezi dotazovanými děvčaty 3, které mají zkušenost se čtyřmi způsoby aplikace návykové látky do těla. Dalších 10 vyzkoušelo tři možné cesty aplikace.

Potvrdil se můj odhad, že dívky v tomto rizikovém období, kde se rozhodnou pro návykovou látku spíše zkoušejí a hledají. Svědčí pro to i fakt, že zkouší různé druhy látek a různé aplikace.

Otázka č. 13

V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?



Graf 13

11 z dívek podstoupilo gynekologické vyšetření ještě před dovršením 15 let.

V 15 letech navštívilo odborného ženského lékaře 7 dívek.

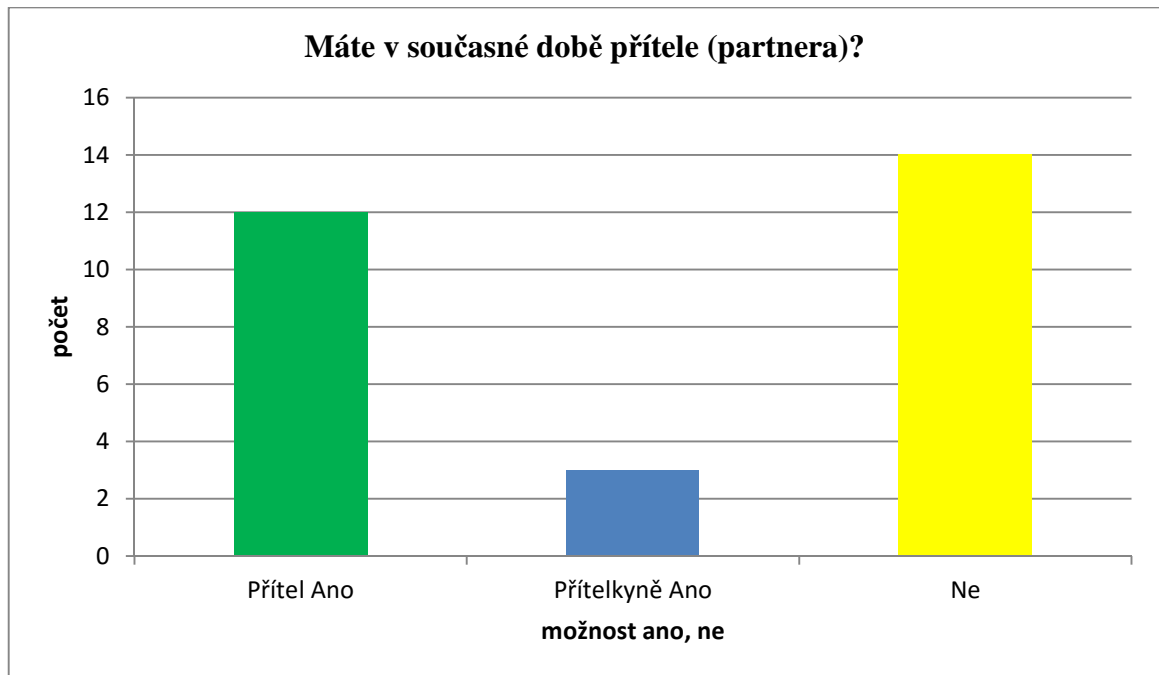
V 16 letech 2 a v 17 letech 1 dívka.

8 z dotazovaných u gynekologa ještě nebylo.

V této otázce jsem se zaměřila na fakt, v kolika letech byly dívky poprvé u ženského lékaře. Není zde řešeno, zda šly k lékaři dívky sami z vlastního rozhodnutí, např. kvůli antikoncepci, nebo zda jim vyšetření bylo někým doporučeno nebo dokonce nařízeno. Mezi respondentkami jsou i dívky, které mají zkušenost s pohlavním zneužíváním. U nich mohla být právě návštěva odborného lékaře nařízena orgány činnými v trestním řízení, pokud byla tato záležitost řešena s PČR. Nemyslím si, že dívky, které byly na prohlídce před 15 tím rokem věku, tam byly z vlastního rozhodnutí. Domnívám se, že návštěvy byly ovlivněny nějakou zkušeností či zdravotními potížemi.

Otázka č. 14

Máte v současné době přítele (partnera)?



Graf 14

12 dívek přítele má.

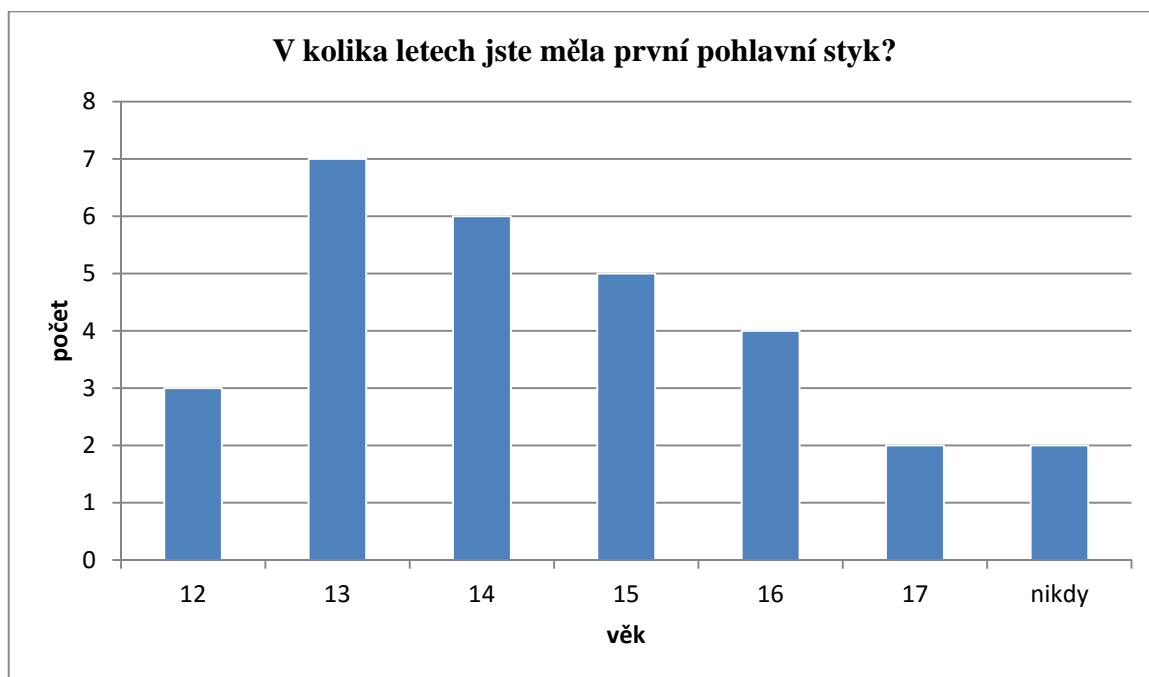
14 odpovědělo, že přítele nemá.

3 dívky odpověděly, že mají přítelkyni.

Zajímalo mě, zda dívky, kterým je uložena ústavní výchova, mají přítele. Předpokládala jsem, že umístěním do ústavu končí i jejich osobní vztahy nebo jsou minimálně narušeny a že pouze minimum dívek má přítele. Zároveň jsem předpokládala, že udržení vztahu v tomto, pro dívky složitém období, je nesmírně složité. Byla jsem překvapena, že 15 respondentek má partnerský vztah.

Otázka č. 15

V kolika letech jste měla první pohlavní styk?



Graf 15

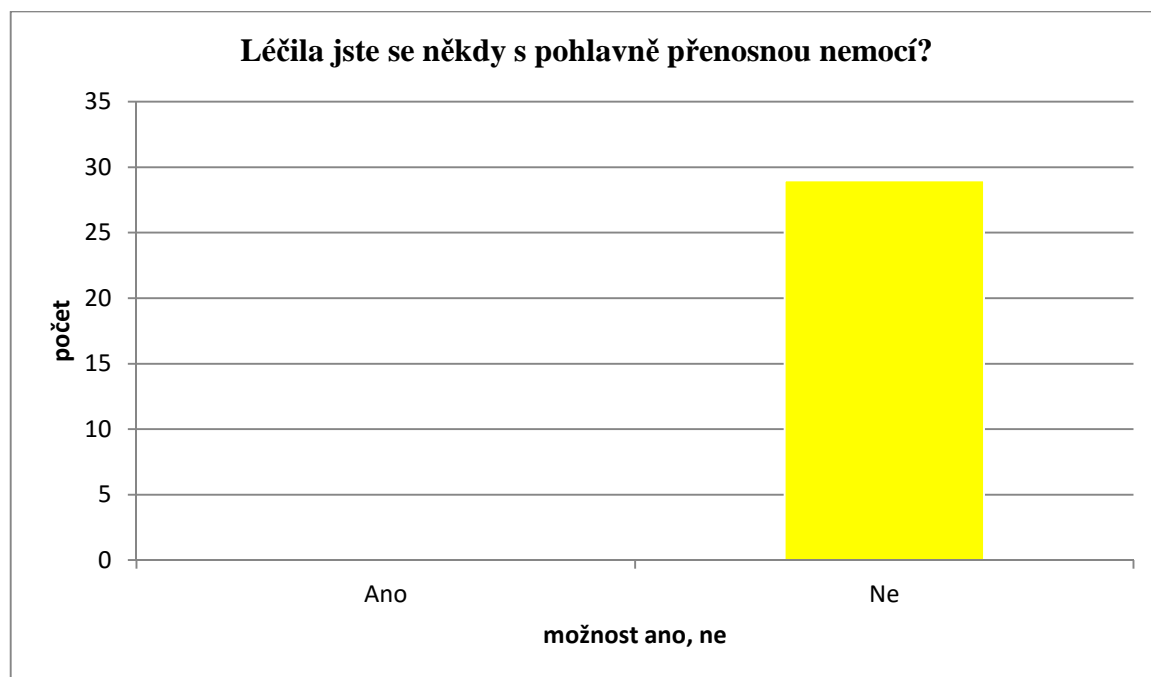
Z 29 respondentek 2 dívky ještě dosud pohlavní styk neměly.

Ze zbylých 27 mělo první pohlavní styk 21děvčat do 15 let věku včetně. Přesněji ve 12 letech 3 dívky, ve 13 letech 7 dívek, ve 14 letech 6 dívek a v 15 letech 5 dívek. Po 15 roce věku z počtu dotazovaných mělo pohlavní styk 6 dívek. Přesněji v 16 letech 4 dívky a v 17 letech dívky 2.

Přestože byla tato otázka hodně osobní, všechny dívky na ni odpověděly. Anonymita dotazníku byla dle mého soudu hlavním důvodem, proč s odpovědí neměly dívky problém. Počet dívek, které měly první, pohlavní styk do 15 let včetně je alarmující! Bylo jich 21 z 29. Myslím si, že k faktu, že dívky mají první sexuální zkušenost v tak brzkém věku, přispívá fakt, že si myslí, že je to jakýsi akt dospělosti. Z praxe vím, že pro mnoho z nich je sexuální styk jakýmsi platidlem za cokoli, za co nemohou zaplatit penězi. U některých z nich je tento akt dobrovolný, ale jiné jsou k němu donuceny další osobou. Nejsou výjimečné situace, že některý z vlastních rodičů svoje dcery „prodávají“, aby měli sami pro sebe peníze na nákup třeba návykových látek.

Otázka č. 16

Léčila jste se někdy s pohlavně přenosnou nemocí?



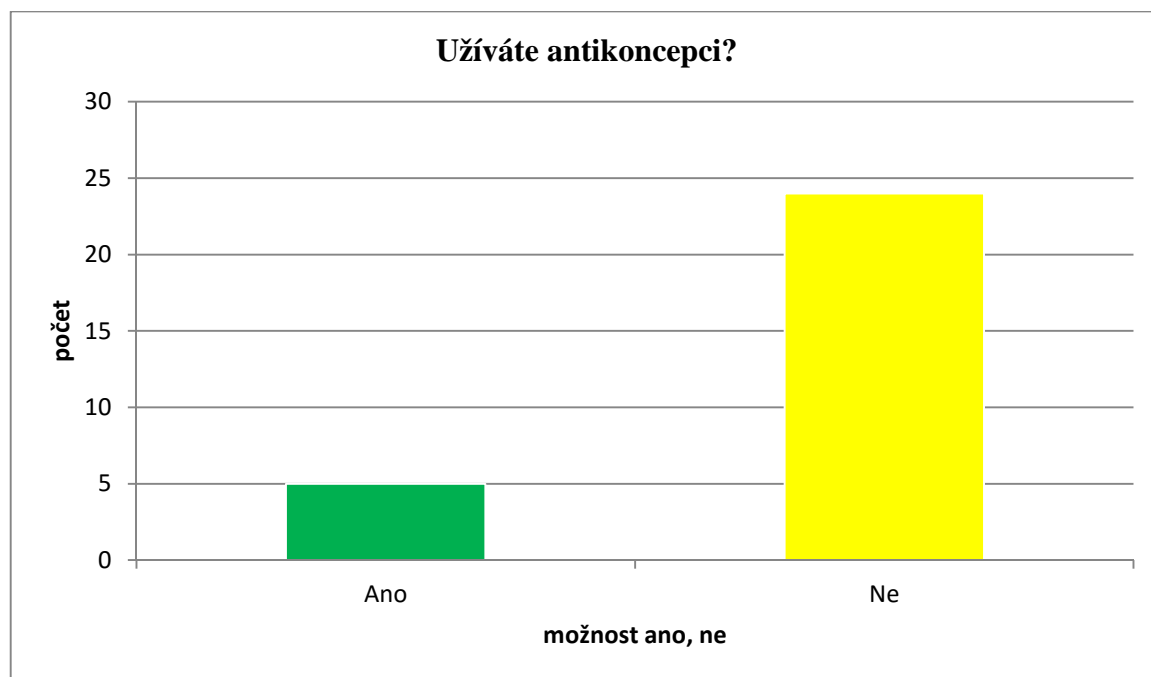
Graf 16

Ani jedna dívka se dle dotazníku neléčila s pohlavně přenosnou nemocí.

Předpokládala jsem, že některé dívky mají zkušenost s pohlavně přenosnými nemocemi. Tento předpoklad se mi odpověďmi nepotvrdil.

Otázka č. 17

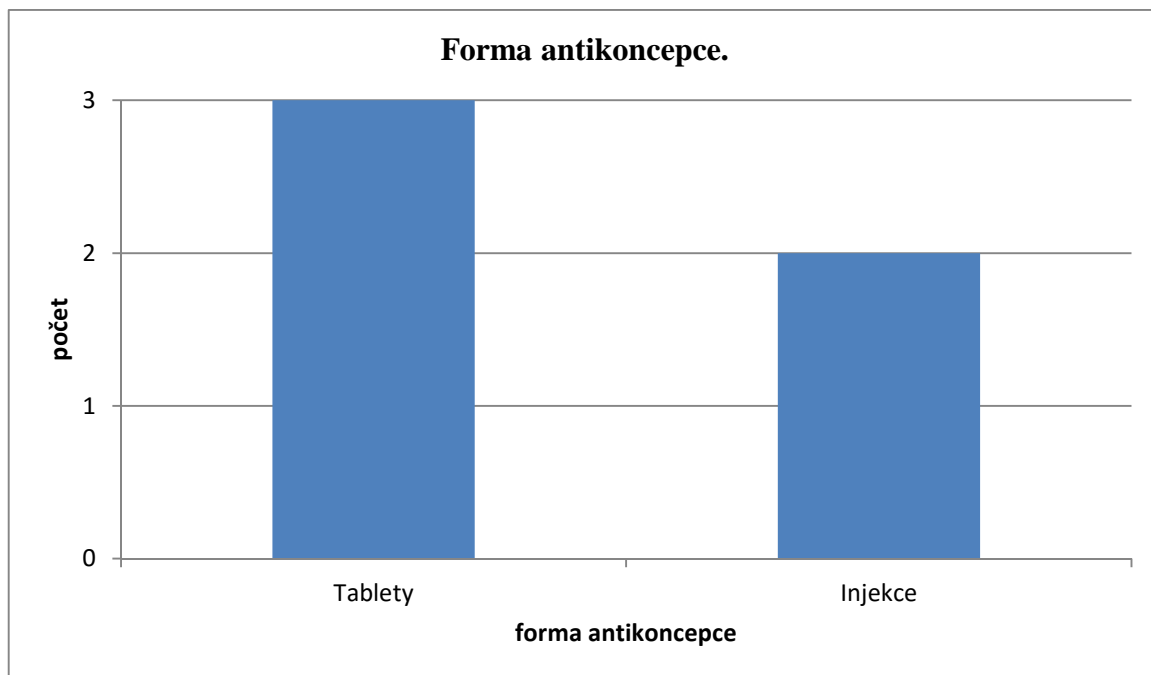
Užíváte antikoncepci? Pokud jste odpověděla ano, jakou formu antikoncepce používáte?



Graf 17 a

Z celkového počtu respondentek užívá pouze 5 dívek antikoncepci.

Vzhledem k faktu, že pohlavním životem žije 27 z 29 dotazovaných je počet dívek, které zodpovědně přistupují nejen k problematice nechtěného těhotenství formou antikoncepce, ale i přenosu pohlavních chorob alarmující. Je to pouze 5 dívek. Předpokládala jsem, že více dívek bude používat nějakou formu antikoncepce.



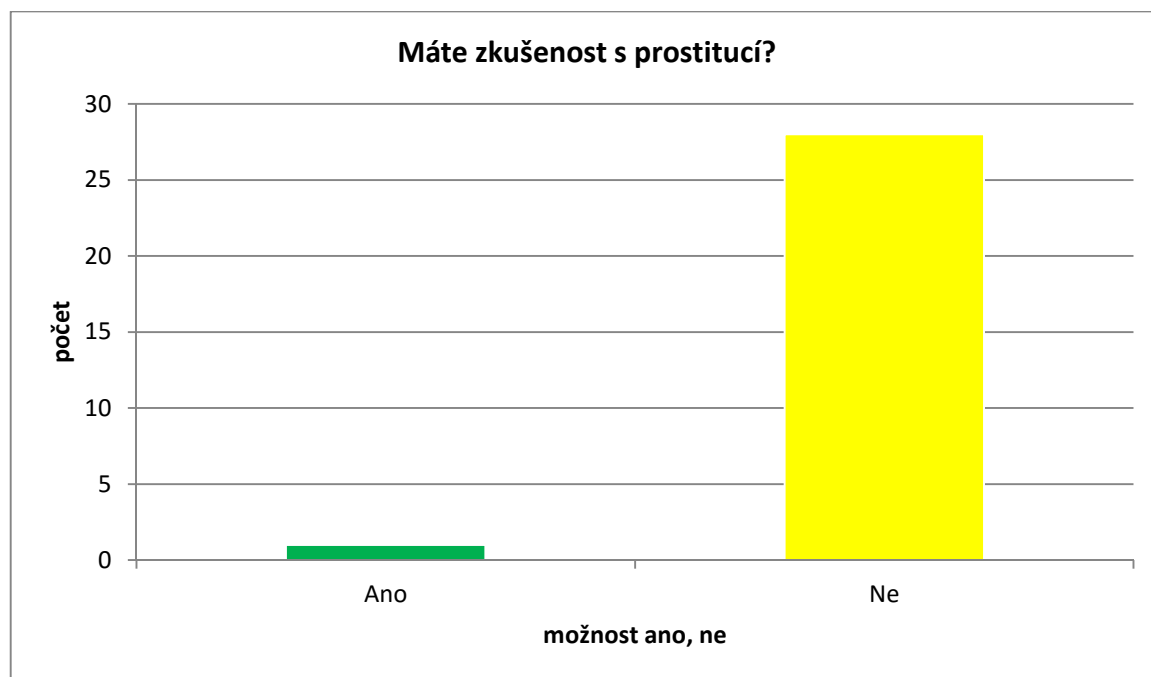
Graf 17 b

Dle druhého grafu, který je součástí otázky č. 17 je vidět, že 3 dívky užívají antikoncepci formou tablet a 2 dívky mají injekční formu antikoncepce.

Ani jedna dívka nevedla bariérovou formu antikoncepce (prezervativ). Vzhledem k faktu, který je výsledkem předchozích otázek, že 27 dívek z 29 již vede pohlavní život je tato skutečnost velmi vážná. Riziko pohlavně přenosných nemocí je vysoké a děvčata svým nezodpovědným přístupem a v mnoha případech i promiskuitním stylem života nechrání ani sebe, ani partnery, se kterými intimně žijí. U některých dívek jsem zjistila, že si myslí, že když začnou se sexuálním životem ve velice raném věku, nemohou otěhotnět. Proto antikoncepci neřeší. Zde vidím stále veliký prostor pro osvětu a preventivní působení na mládež v období začátku druhého stupně základních škol. Osvěta u dětí v osmé či deváté třídě základní školy je prováděna dle mého názoru již pozdě.

Otázka č. 18

Máte zkušenost s prostitucí?



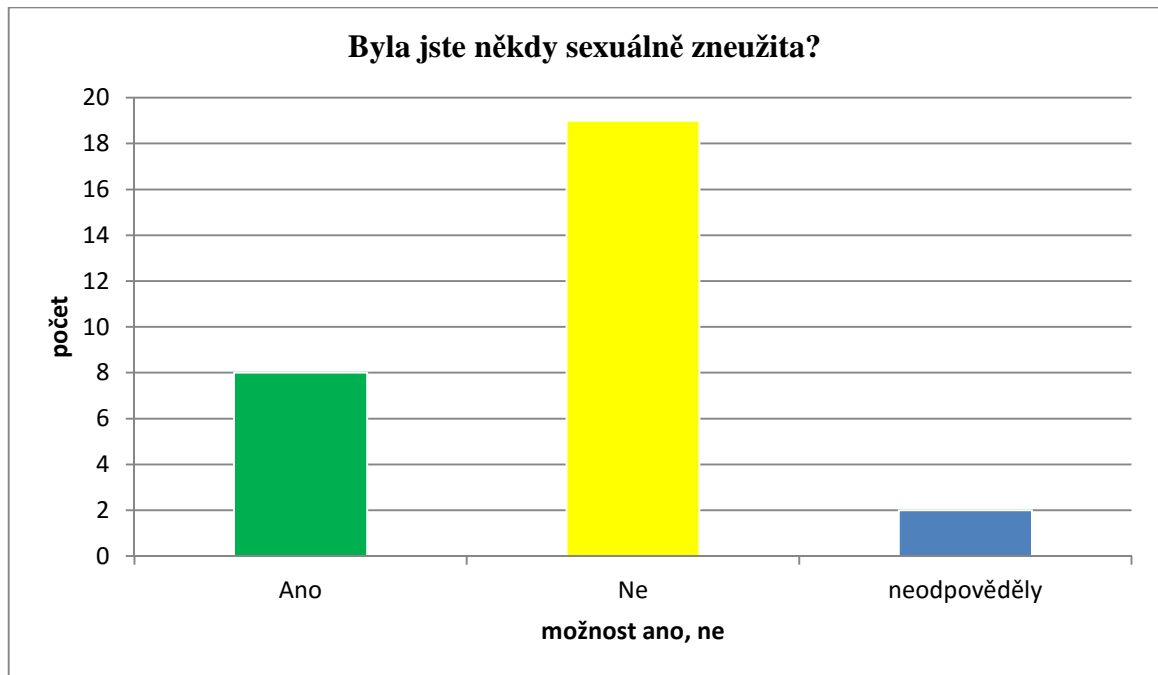
Graf 18

Z 29 respondentek má pouze 1 dívka zkušenost s prostitucí.

Zde je vidět, že své tělo k tomu, aby se děvčata dostala k penězům, používala pouze jedna z dotazovaných. Nejsem si ale úplně jistá, zda dívky, které například drogy dostávaly výměnou za sex s dealerem, protože to byl v té době jejich partner, braly tento akt za akt prostituce, protože tím je. Tato praxe dealerů drog je běžným jevem, jak si udržet dívky ve své blízkosti a jak rozšiřovat osoby drogově závislé. Zároveň ruku v ruce s tím jdou i závislé vztahy. Dívky patologii v těchto vztazích ovšem nevidí. Pro udržení takového, byť patologického vztahu, jsou ochotny udělat cokoli. Výjimkou není ani páchání trestné činnosti.

Otázka č. 19

Byla jste někdy sexuálně zneužita?



Graf 19

8 děvčat bylo sexuálně zneužito.

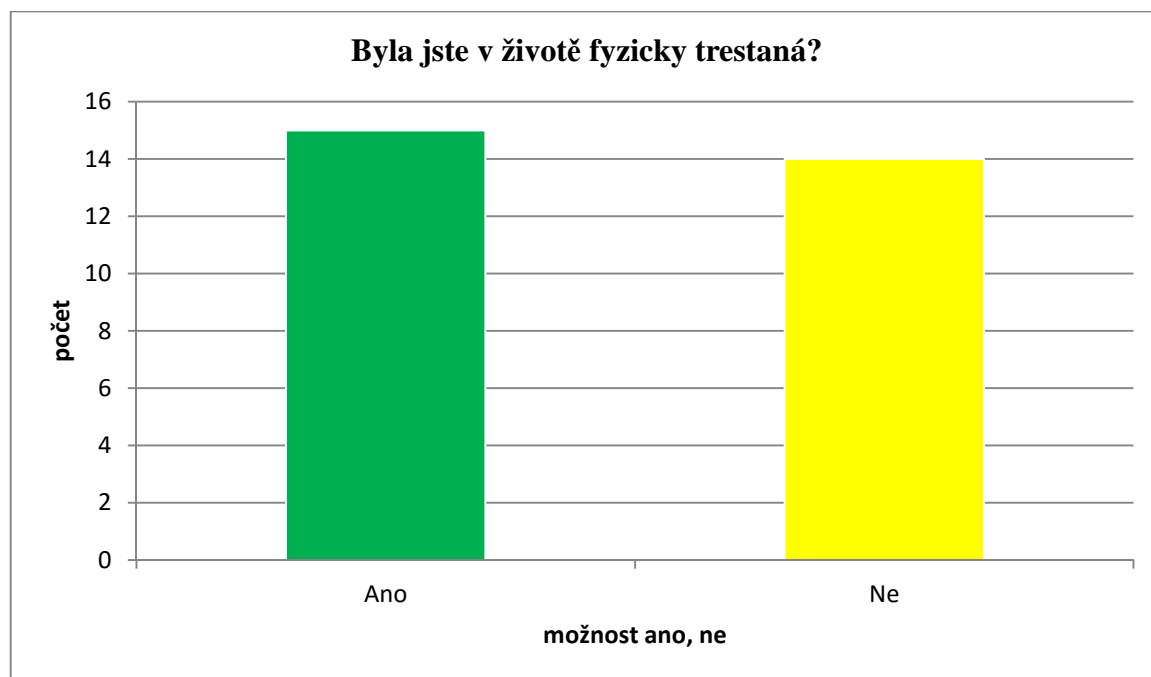
19 dívek odpovědělo, že zneužity nebyly.

2 dívky neodpověděly vůbec.

Otázka č. 19 je další z hodně osobních. I přes anonymitu dotazníku 2 dívky neodpověděly vůbec. Dá se předpokládat, že jejich odpověď by byla pozitivní. V mnoha případech jsou osobami, které se dopouštějí sexuálního zneužívání ty nejbližší osoby, se kterými se dívky často znají. Výjimkou není ani osoba blízká – jeden z rodičů. Děvčata se za tuto zkušenost mnohdy velice stydí a je pro ně velmi traumatizující a i pracovníkům výchovného ústavu trvá dlouho, než se dívky o této zkušenosti rozhodnou mluvit a dá se s touto situací pracovat.

Otázka č. 20

Byla jste v životě fyzicky trestaná?



Graf 20

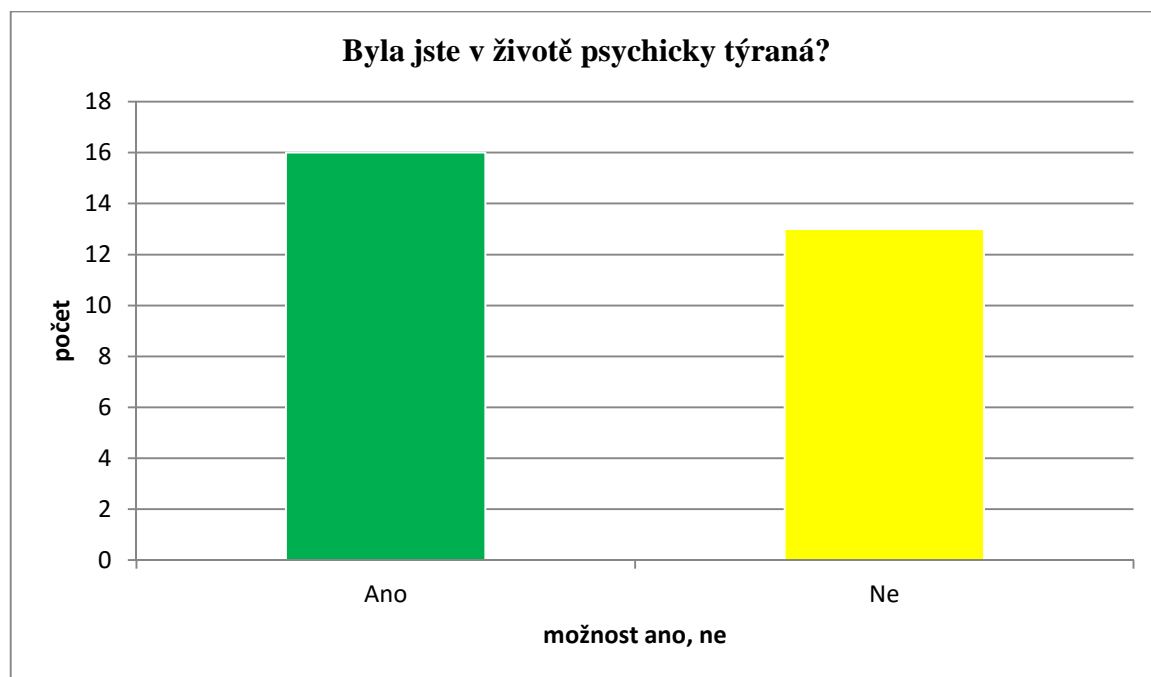
15 dívek bylo fyzicky trestáno.

14 dívek odpovědělo, že fyzicky trestány nebyly.

Předpokládala jsem, že téměř všechny dívky budou mít zkušenost s fyzickými tresty. Překvapilo mě, že je to jen polovina z nich, které byly fyzicky trestány. Můj předpoklad plynul z faktu, že při výchově jedinců s poruchami chování je fyzický trest velice častou formou trestání.

Otázka č. 21

Byla jste v životě psychicky týraná?



Graf 21

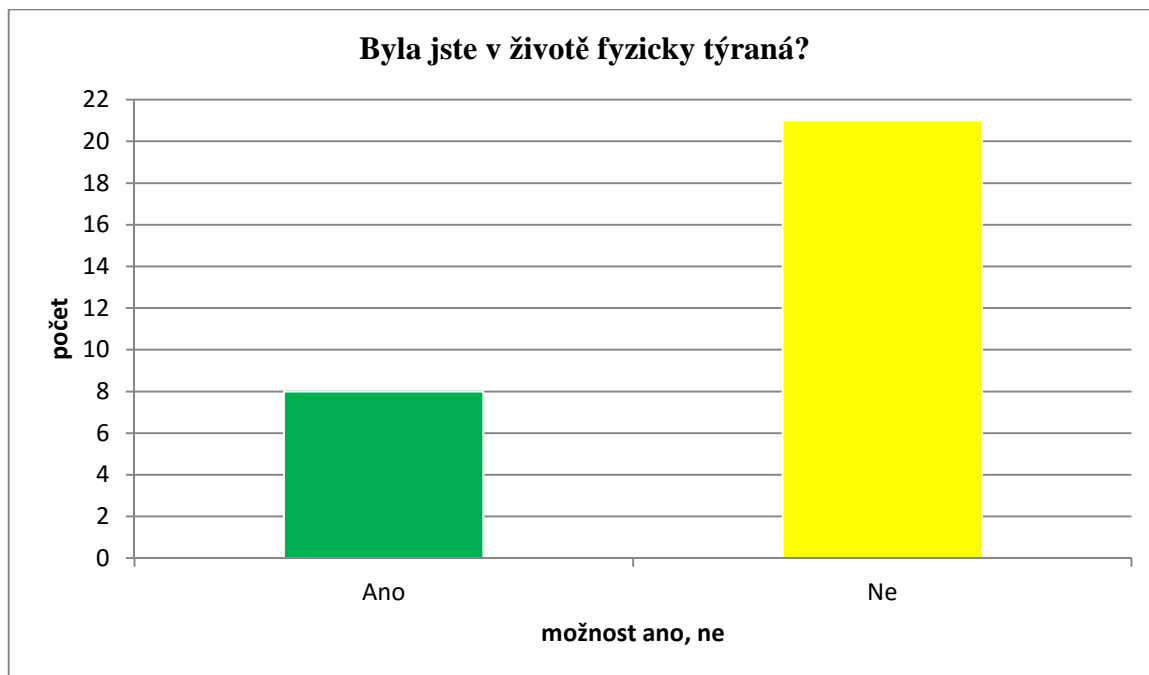
16 děvčat z celkového počtu dotazovaných má zkušenost s psychickým týráním.

13 dívek odpovědělo, že tuto zkušenost nemají.

Psychické týrání a vydírání je jednou z velice často používaných „metod“, které používá osoba, která chce přesvědčit či jinak donutit jiné k něčemu, co chce. Dívky jsou díky tomu pod obrovským tlakem a jsou nuceny dělat věci, které by za jiných okolností neudělaly. Důkazy o psychickém týráním na rozdíl od fyzického nejsou na první pohled vidět. Zanechávají ale hluboké stopy na týraných osobách. Mnohdy se stopy po psychickém týráním nesmyjí nikdy.

Otázka č. 22

Byla jste v životě fyzicky týraná?



Graf 22

8 dívek z celkového počtu zažilo fyzické týrání.

21 dívek nikdy fyzicky týraných nebylo.

Vzhledem k výsledkům u otázky, zda byly dívky fyzicky trestány, jsem předpokládala, že fyzické týrání mnoho děvčat nezažilo. Mé domněnky vycházely z toho, že již samotné fyzické tresty, které dívky popisovaly, když jsme spolu hovořily při setkáních v ambulanci, už hraničily nebo to bylo týrání, ale přesto výsledek ukázal, že i fyzické týrání je sociálně patologický jev, se kterým se dívky v životě setkaly. Ne sice v takové míře jako s fyzickými tresty, ale i 8 děvčat je alarmující výsledek. Fyzické týrání je opakující se fyzická aktivita, které je vystavována osoba a mnohdy vede i k poškození zdraví.

Otázka č. 23

Vyšetřovala Vás někdy policie? Pokud ano, za jaký čin?



Graf 23

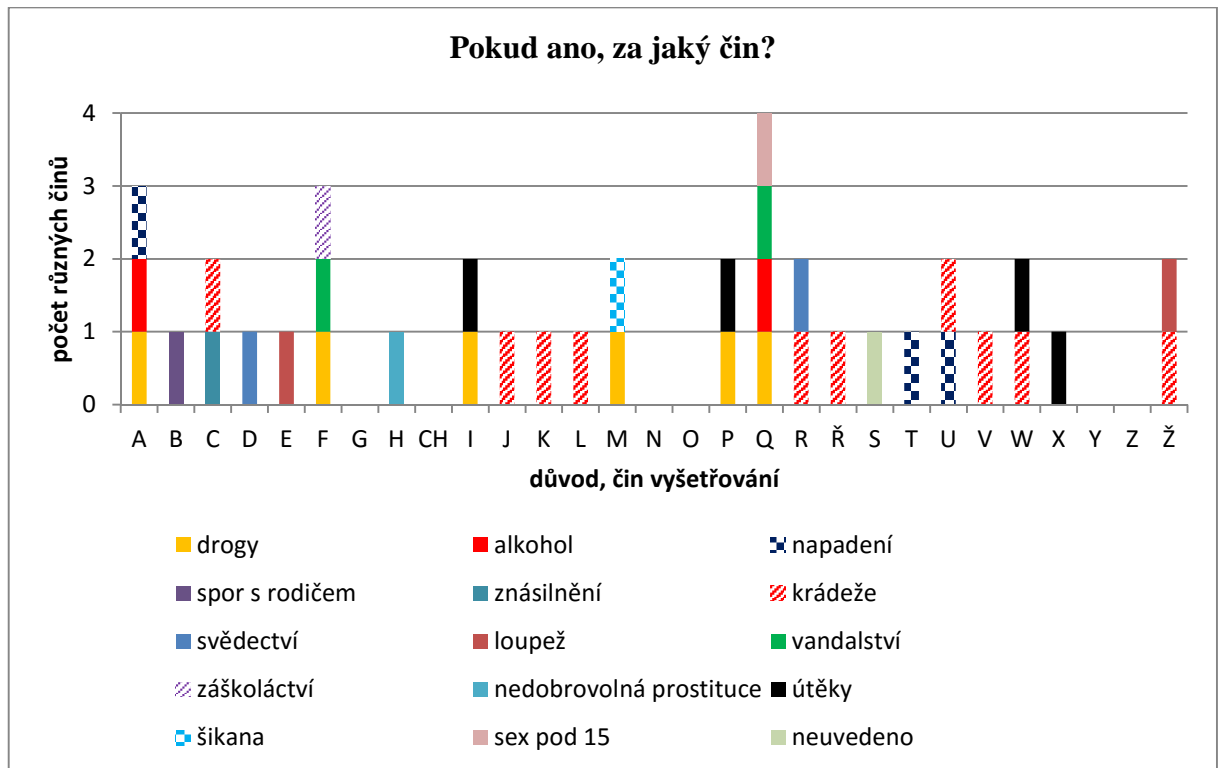
23 dívek z celkových 29 vyšetřovala Policie České republiky.

6 dívek ještě tuto zkušenost nemá.

Domnívala jsem se, že téměř všechny dívky byly vyšetřovány PČR. Překvapilo mě, že jsou v ústavech umístěny i dívky, které tuto zkušenost nemají. Ale tento fakt příkládám i tomu, že mnoho z děvčat se dostalo do VÚ z rozhodnutí soudu, kdy důvodem bylo ohrožení jejich výchovy například záškoláctvím, opakovanými útekami apod., kde řešení je v dikci OSPOD spíše než PČR.

Otázka č. 24

Pokud ano, za jaký čin?



Graf 24

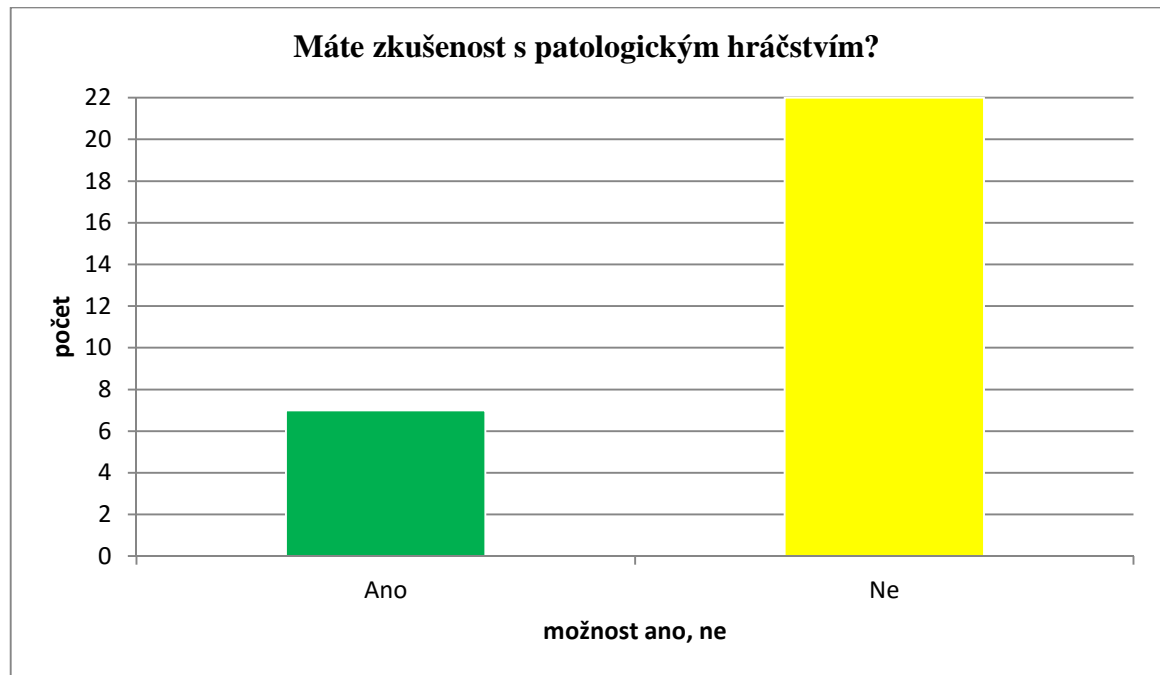
Z celkového počtu 23 respondentek, které vyšetřovala PČR bylo řešeno 10 dívek pro krádeže, 6 dívek kvůli drogám, 4 dívky pro útěky, 3 dívky kvůli napadení, 2 dívky kvůli alkoholu, 2 dívky pro loupež, 2 dívky kvůli svědectví, 2 dívky kvůli vandalství, 1 dívka kvůli sporu s rodičem, 1 dívka kvůli znásilnění, 1 dívka kvůli záškoláctví, 1 dívka kvůli nedobrovolné prostituci, 1 dívka kvůli šikaně, 1 pro sex pod 15 let a 1 dívka neuvedla, proč byla vyšetřována policií.

1 dívka byla řešena policií pro 4 různé skutky, 2 děvčata kvůli 3 různým skutkům, 8 dívek pro 2 různé skutky a 12 dívek kvůli jednomu skutku.

Mým předpokladem bylo, že nejvíce dívek řešila PČR kvůli drogám a opakovaným útěkům z domova či školy. To se nepotvrdilo. Dále jsem se domnívala, že nebude velký počet dívek, které byly šetřeny pro více skutků. Ale polovina z vyšetřovaných byla řešena pro dva a více skutků.

Otázka č. 25

Máte zkušenost s patologickým hráčstvím?



Graf 25

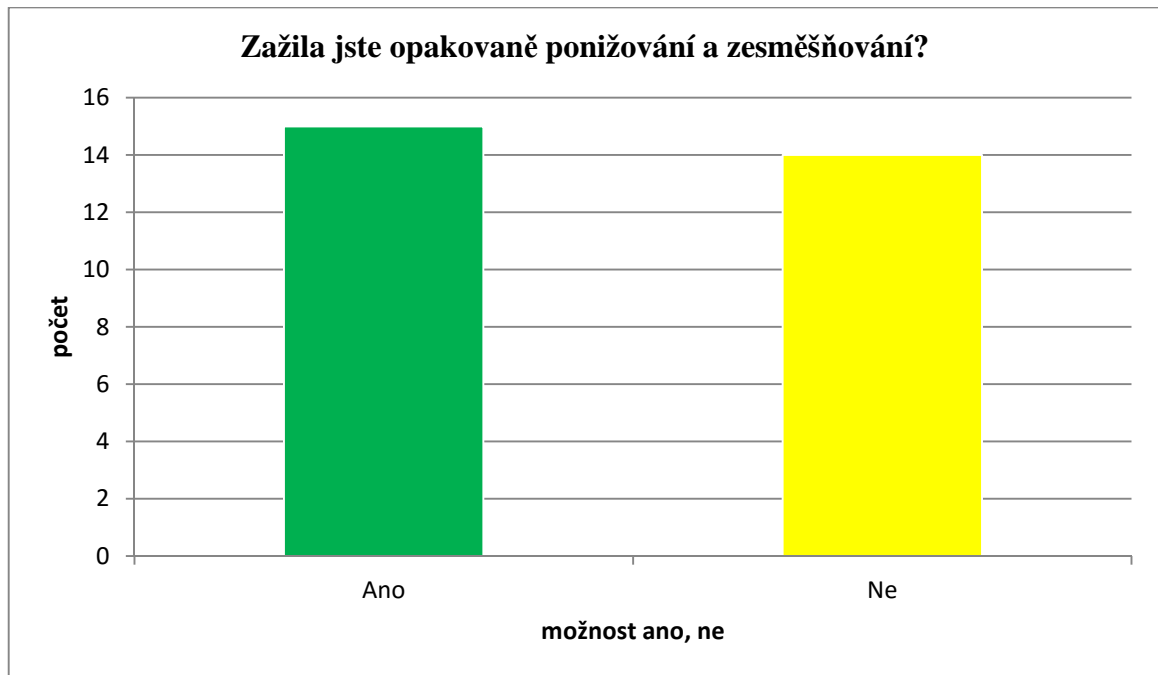
7 děvčat z 29 dotazovaných má zkušenost s patologickým hráčstvím.

22 dívek tuto zkušenost nemá.

Další sociálně patologický jev je patologické hráčství. Z praxe ze zkušeností vím, že je více mužů než žen, kteří propadli patologickému hráčství v domněnce, že snadno přijdou k peněžním prostředkům. U těchto dívek předpokládám, že právě toto byl motiv, proč se rozhodly hrát automaty. Rychle nabyté peníze.

Otázka č. 26

Zažila jste opakovaně ponižování a zesměšňování?



Graf 26

Opakované ponižování a zesměšňování zažilo ve svém životě 15 dívek, které odpovídaly na otázku.

14 dívek s tímto jevem opakovanou zkušenost nemá.

Ne že by s ponížením neměly v životě zkušenost všechny, ale některé ne opakovanou a pravidelnou natolik, aby tento jev vnímaly, jako negativní ve svém životě. Hovorem s dívkami jsem zjistila, že k ponižování a zesměšňování nedocházelo ani tak ve škole a mezi vrstevníky, jak jsem předpokládala, ale v okolí nejbližších rodinných příslušníků, rodičů a sourozenců.

Otázka č. 27

Sebepoškozovala jste se někdy?



Graf 27

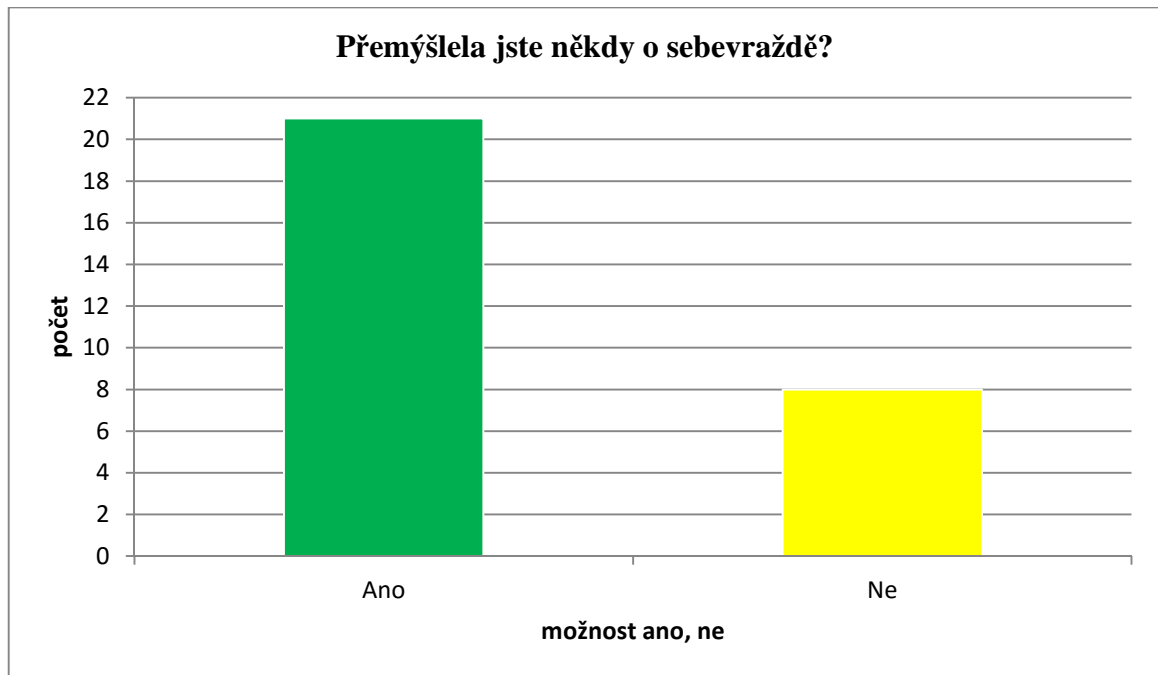
27 děvčat z celkově 29 se někdy z jakéhokoliv důvodu sebepoškozovalo.

2 dívky uvedly, že ne.

Další otázka byla směřována na poruchy chování a to zejména na sebepoškozování. Ať už je to z důvodu upoutání pozornosti, voláním o pomoc, demonstrativní jednání nebo řešení svého vnitřního napětí počet dívek, které s tímto jevem mají osobní zkušenost, je vysoký. Pokud se nevěnuje pozornost těmto signálům, dochází často i k tomu, že se dívky pokusí o sebevraždu. Podceňování a neřešení vede k velkým, psychickým potížím, a pokud se dívkám dostane pomoci je to mnohdy až ve fázi, kdy je jejich sebepoškození dovede do zdravotnické péče a tam se často začne i s řešením psychických potíží cestou ambulantních či ústavních specialistů. O co déle se začnou problémy řešit, tím déle tento proces trvá.

Otázka č. 28

Přemýšlela jste někdy o sebevraždě?



Graf 28

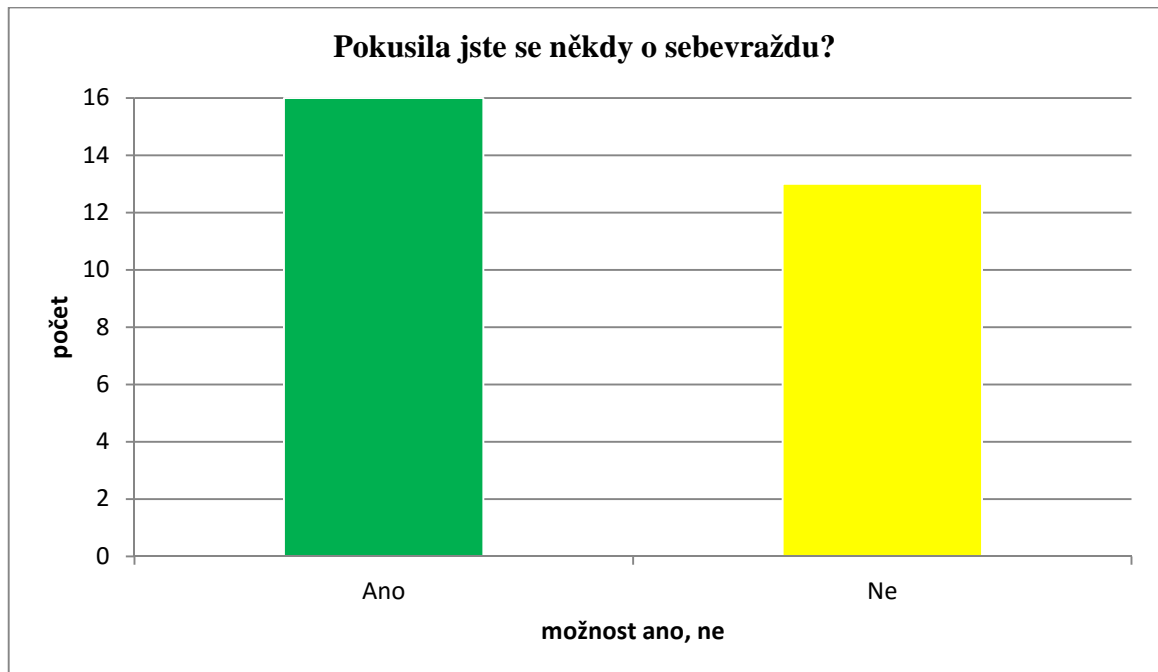
21 děvčat uvažovalo o sebevraždě.

8 dívek o sebevraždě nikdy nepřemýšlelo.

V otázce 27 jsem zjišťovala, zda dívky někdy uvažovaly o sebevraždě. Více jak 2/3 děvčat uvažovalo o sebevraždě jako řešení své situace. Je to velice vysoké číslo a alarmující. Je faktem, že v současné době nejsou mladí lidé zvyklí řešit složitější situace, hledat konstruktivní řešení, komunikovat. V situacích, kdy si neví rady, sahají k definitivním a rychlým řešením a nesnaží se najít společnou cestu k řešení. Ta bývá většinou delší, složitější a přiznat chybu či omyl se zkrátka nenosí. Podle děvčat je jednodušší na problém zapomenout, odsunout ho třeba opitím se, či aplikací drogy, útekem nebo upoutáním na jiný problém, například se sebepoškodit.

Otázka č. 29

Pokusila jste se někdy o sebevraždu? Pokud jste odpověděla ano, napište, prosím, jakým způsobem.



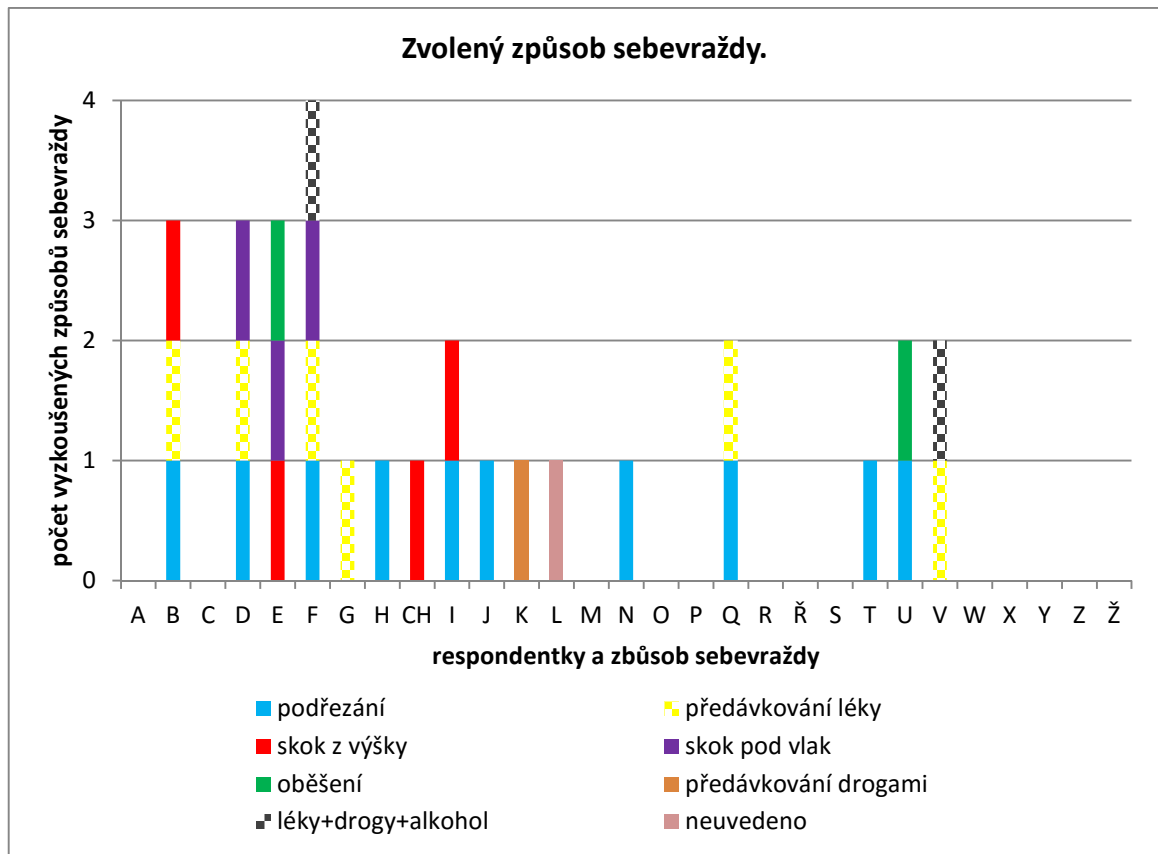
Graf 29a

16 dívek se o sebevraždu opravdu pokusilo.

13 dívek ne.

Otázka 29 navazuje na otázku předchozí. Zajímalo mě, kolik dívek, které nad sebevraždou uvažovaly, někdy v životě tyto úvahy realizovaly a o sebevraždu se pokusily.

Z počtu 21 dívek, které o sebevraždě někdy přemýšlely, jich 16 převedlo myšlenky k realizaci. Často je pokus o sebevraždu z pohledu dívek řešení, pro ně bezvýchodné, situace nebo již zmiňovaným voláním o pomoc, o kterou si nedokáží říci jiným způsobem. Výsledky této otázky mě přivedly k zamyšlení se nad otázkou, v jak nepodnětném prostředí dívky vyrůstaly, jaký systém vyrovnávání se se stresem a zátěžovými situacemi jsou dívky vůbec schopny používat. Jistě je to u mnoha ovlivněno tím, že ve svém rodinném prostředí se velice často setkávaly s vyhocenou situací, kterou některý z dospělých řešil právě hodně podobně a to činem, který lze označit jako citové vydírání. Neznají širší škálu variant řešení zátěžových situací.



Graf 29b

10 dívek zvolilo podřezání žil.

6 dívek volilo spolykání většího množství a druhů léků.

4 dívky volily skok z výšky.

3 dívky skok pod vlak.

2 děvčata se pokusila o sebevraždu oběšením.

2 dívky zvolily kombinaci požití léků, drog a alkoholu.

1 dívka se pokusila o sebevraždu předávkováním drogou.

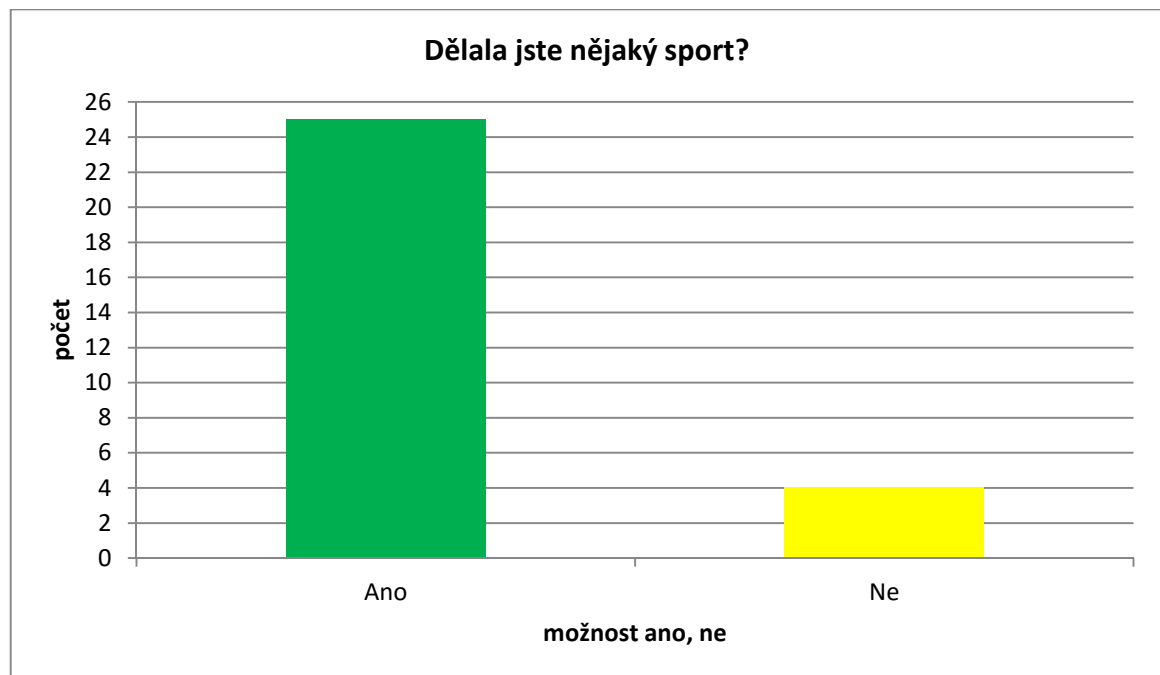
1 dívka způsob nevedla.

Z 16 dívek, které pokus o sebevraždu realizovaly a odpovídaly na otázku, jakým způsobem vyplynulo, že některé se o sebevraždu pokusily opakovaně a více způsoby. Zde je vidět

patologické chování děvčat a to opakovaně, když první pokus o sebevraždu nevedl a řešení celé situace. Pomoc byla nedostatečná nebo nebyla vůbec.

Otázka č. 30

Dělala jste nějaký sport? Pokud ano, uveďte jaký.

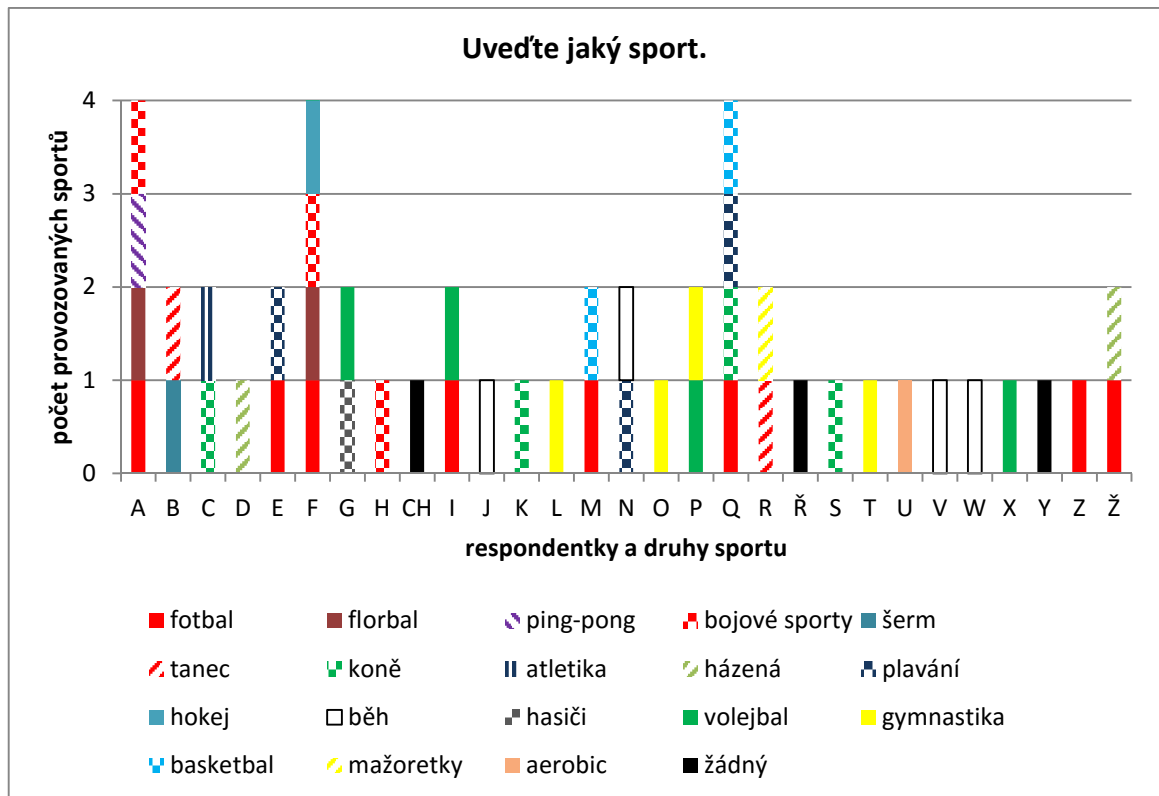


Graf 30a

25 dívek dělalo nějaký sport.

4 dívky odpověděly, že žádný sport nedělaly.

Tato otázka potvrdila můj předpoklad, že dívky často z konfliktního prostředí hledají únik a to často formou kroužků či zájmových činností, u kterých ale nevydrží dostatečně dlouho. 25 dívek z celku dělalo nějaký sport. Předpokládám, že mnoho dívek vystřídal sportů více, že je to právě o úniku než vytrvalém věnování se konkrétní sportovní aktivitě.



Graf 30b

26 děvčat odpovědělo, že nějaký sport dělalo.

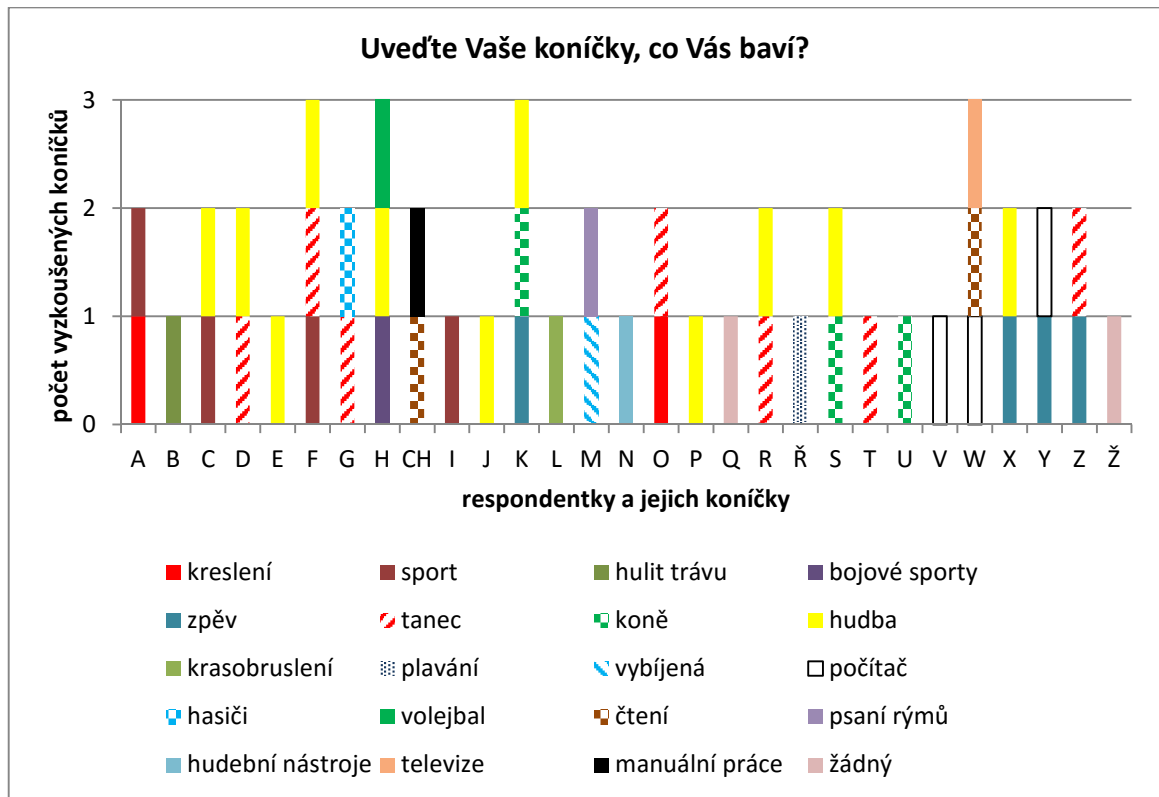
3 dívky žádný sport nedělaly.

Dle grafu je vidět, že několik dívek dělalo více sportů.

Předpoklad, se kterým jsem tuto otázku do dotazníku dávala, se naplnil. Bylo to, že dívky sporty střídaly a spíše jich vyzkoušely více, než by se věnovaly některému dlouhodobě. Více jak polovina dívek, které nějaký sport dělaly, vystřídalala sportů více.

Otázka č. 31

Uveďte Vaše koníčky, co Vás baví?



Graf 31

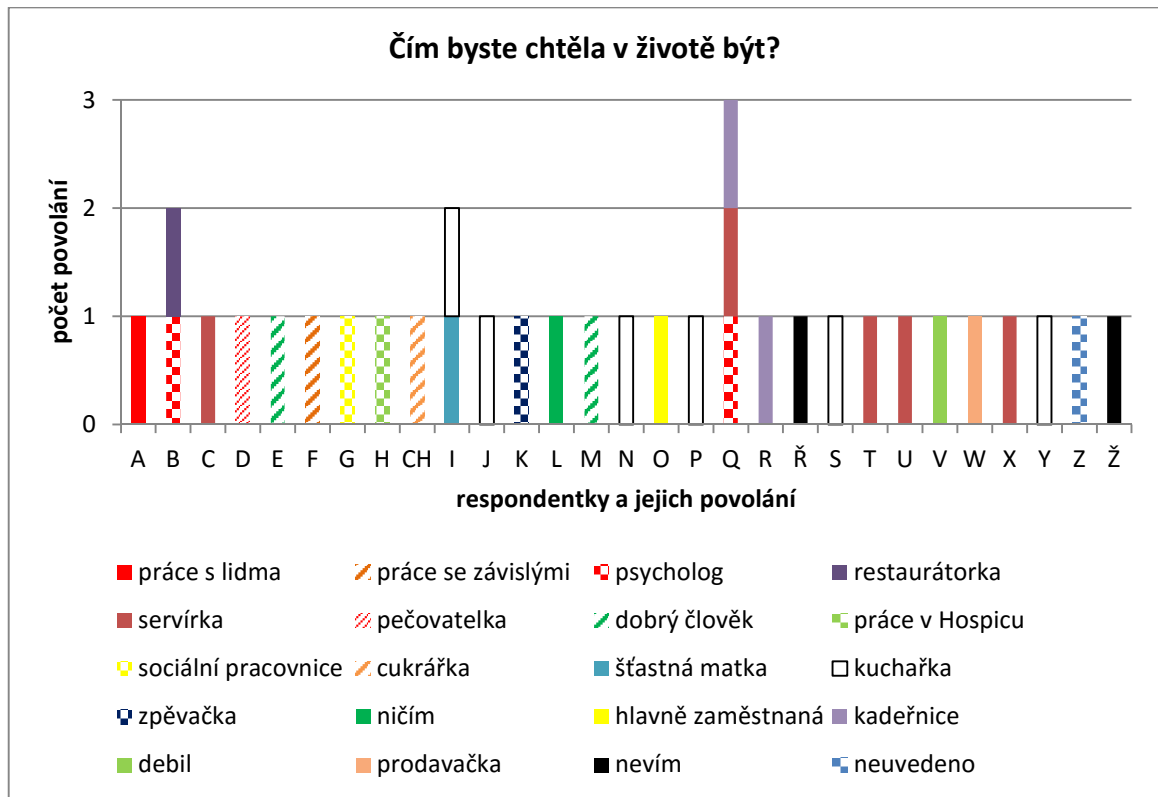
27 dívek má koníčky.

2 dívky nikoli.

Z výsledků je vidět, že děvčata mají koníčky, mají aktivity, ke kterým utíkají, když potřebují odpočívat, přijít na jiné myšlenky nebo i zkrátit čas. Je vidět, že mnoho děvčat má i více koníčků. Předpokládala jsem, že daleko více dívek bude mít jako koníček počítače, telefony, televizi a podobně. Byla jsem překvapena, že tomu tak není.

Otázka č. 32

Čím byste chtěla v životě být?



Graf 32

20 dívek má představu, čím by chtěly být.

2 dívky nevědí.

1 dívka neuvedla svou volbu.

1 uvedla, že ničím.

1 dívka odpověděla, že debilem.

4 dívky neuvedly povolání, ale spíše charakterové vlastnosti.

Z výsledků odpovědí je zřejmé, že nejčastější povolání, které by dívky chtěly dělat je kuchařka zastoupena 6 odpověďmi a číšnice 5 dívek. Kadeřnicí nebo psychologem by chtěly být shodně 2 a 2 dívky. Ostatní povolání jsou zastoupena pouze jednotlivě. Některé dívky mají i více variant pro své budoucí povolání.

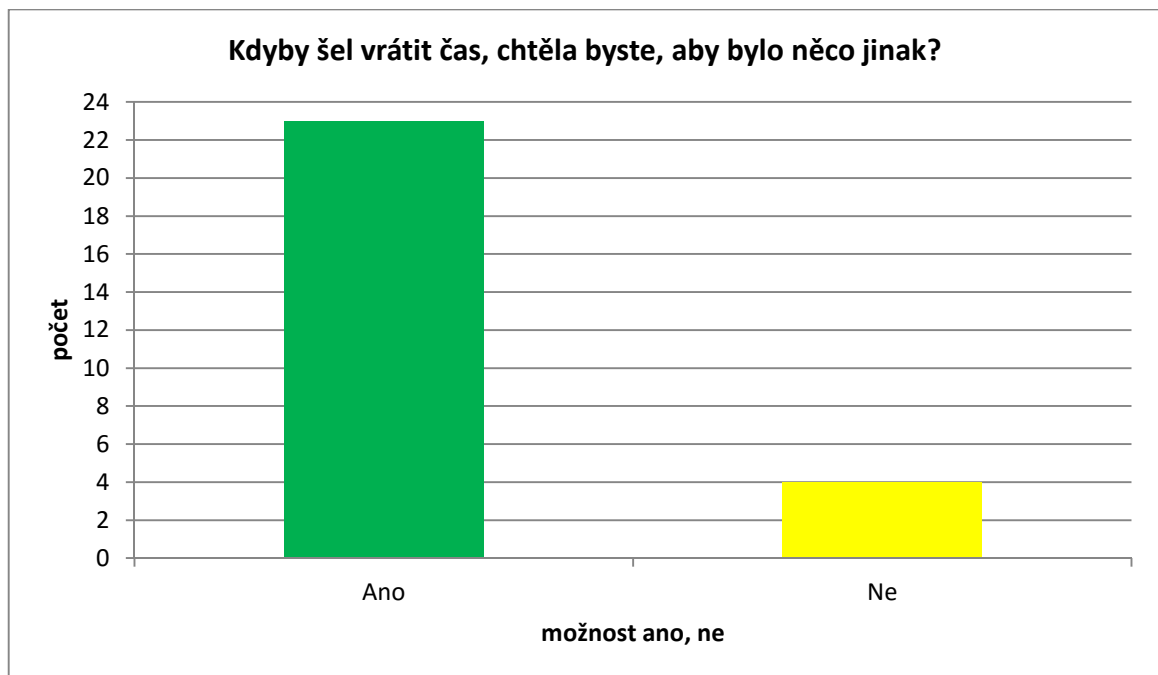
Některé dívky mají více variant, čím by chtěly být. Některá rozhodnutí dívek jsou jistě ovlivněna tím, co si prožily. Mezi povoláními jsou i taková jako restaurátorka, psycholog-

ka, ošetřovatelka v hospicovém zařízení nebo práce se závislými. Naproti tomu některé dívky neví, čím by chtěly být. Mezi odpověďmi najdeme ale i takové, které spíše hovoří o tom, jaké by chtěly být dívky ve svém životě, jak by chtěly být vnímány svým okolím. Například přání být dobrý člověk, hlavně zaměstnaná, šťastnou matkou nebo moje maminka co je slušná a snaží se co nejlíp vychovat své děti.

Je otázkou, kolika dívkám se tato přání splní, které z nich opravdu dojdou až ke splnění svého snu a jejich povolání se bude shodovat s tím, které uvedly v těchto dotaznících.

Otázka č. 33

Kdyby šel vrátit čas, chtěla byste, aby bylo něco jinak?



Graf 33 a

23 dívek odpovědělo, že by chtěly, aby něco jinak bylo.

6 děvčat by nezměnilo nic nebo neodpovědělo.

Tuto otázku jsem zařadila do dotazníku záměrně. Zajímalo mě, zda by dívky, pokud by měly možnost, něco změnily? Zda by něco udělaly jinak, zda jsou k sobě sebekritické nebo ne. Zda je uložení ústavní výchovy přimělo k zamyšlení se nad vlastním životem. Některé odpovědi u dívek, které odpověděly kladně, mě opravdu překvapily. Na některých je vidět, že nejsou zralé, ale u některých je vidět sebekritika a sebereflexe. Přemýšlejí nad tím, proč se do VÚ dostaly.

Pokud jste odpověděla ano, co by to bylo?

U této otázky pro zachování autentičnosti odpovědí doslovně uvedu odpovědi jednotlivých respondentek. Doslovné opsání textu, který dívky uvedly je i s pravopisnými chybami. Jsou dokladem vzdělanosti a zralosti jednotlivých respondentek.

A - „, Víc bych si vážila rodiny, času, který jsem s něma mohla trávit. Mít svojí hlavu a rozhodovat se podle sebe. Mít silnější vůli a odolat drogám. Ale ničeho nelituju, ani bych snad nevracela. V tu chvíli jsem to z nějakého důvodu dělala a jsem si jistá, že tohle všechno tak mělo být ☺. Mějte se.“

B – nic by neměnila

C – „, Mé chování vůbec. Chtěla bych napravit vše zlé co jsem způsobila mí mámě která se o mě starala od malinka.“

D – „, Abych tady nemusela být poslouchala a dělala bych povinnosti a dodělala bych si svou školu ve které jsem se cítila bezpečně měla jsem tam kamarády o který jsem se mohla vždy opřít a mohla jsem být ze svým milovaným přítelem!“

E – „, Vrátit některá slova...činy. rozhodnutí.“

F – „, Změnila bych vše, abych neskončila ve výchovném ústavu. Nikdy bych se nedotkla tvrdých drog! (Pouze trávy) Zabránila bych tomu, aby se mi rozpadala rodina. Šla bych si za svým cílem, vím, že nebýt těch „kamarádů“ co mě dostaly do drog... nic z toho by se nestalo.“

G – „,VŠECHNO“

H – „, Chovat se jinak, nezačít s drogama atd... ale zase bych nepodkala tak užasného přítele a budoucího manžela kterého strašně miluji!“

CH – nic by neměnila

I – „, NEŘEKNU ☺“

J – „, Věnovala bych se víc rodině jak kamarádům“

K – nic by neměnila

L – „, Abych byla doma.“

M – „, Více trávila čas s rodinou a mamku poslouchat!!“

N – sice by něco změnila, ale neodpověděla co

O – „ Nikdy neopustit svojí bývalou holku!“

P – „ No mnoho věcí bych udělala jinak, přemýšlela bych více, pak si myslím že bych se nedostala tam kde teď sem, a neměla bych tolik ústavů za sebou, každopádně bych byla hlavně spolehlivější a zodpovědnější.“

Q – „ Nedělat problémy rodině. Neubližovat mámě a tátovi. Bejt doma.“

R – „ Abych neskončila v ústavě a byla s rodinou.“

Ř – odpověděla ano, ale neupřesnila. Napsala však na dotazník : „ Miluji Marii“

S – nic by neměnila

T – nic by neměnila

U – „ Chodila bych do školy. Chovala bych se k mámně jinak. Nehulila bych marihuanu.“

V – „ Zmenit muj život.“

W – „ Žit šťastně až do smrti.“

X – „ chtěla bych to napravit a být zpatky z rodinou.“

Y – „ vratis spatky myho dědu a babičku“

Z – nic by neměnila

Ž – „Všechno.“

4.2 Shrnutí výsledků šetření

Z výše uvedené analýzy dotazníkového šetření je zřejmé, že dívky umístěné ve výchovných ústavech mají bohatou zkušenost se sociálně patologickými jevy. Mnoho z nich přivedla do výchovného ústavu právě nezvládnutá výchova v první sociální skupině a to v rodině a následně nezvládnutá adaptace v další skupině, kterou byl školní kolektiv a společnost vůbec. Rozmanitost sociálně patologických jevů, se kterými mají děvčata zkušenost je alarmující, a když k tomu přičteme věk, kdy jim byla ústavní výchova uložena, stojí jistě za zamyšlení, zda nemá společnost mechanismy, jak se pokusit zabránit tomu, aby se muselo k ukládání ústavní výchovy vůbec přistupovat.

Mnoho dívek si díky zkušenostem, které si odžily, nese do života ne právě příjemné vzpomínky a velká část z nich si následky ponese do konce života.

Musím uznat, že mě překvapila upřímnost, se kterou děvčata dotazníky vyplňovala. Čekala jsem, že u některých otázek se mi odpovědi neodstane. U některých mě naopak překvapila „dospělost“ názorů, které dívky v dotaznících uvedly.

4.3 Doporučení na základě výsledků dotazníkového šetření:

Dle mého názoru by měl být kladen větší důraz na pravidelné návštěvy u gynekologa a s tím spojená informovanost o formách a způsobech antikoncepce. Skutečnost, že jsou dívky umístěné ve výchovném ústavu, skýtá vyšší možnost kontrolovat pravidelnost návštěv u ženského lékaře. Jistě by se dalo zapracovat i na zvýšené informovanosti a prevenci o potřebě antikoncepce, kterou se dá předcházet nechtěného otěhotnění, ale i přenosu pohlavních chorob. Je zarážející, kolik dívek vede sexuální život a kolik jich řeší antikoncepci. Vzhledem k faktu, že dívky často z výchovného ústavu utíkají a při útěcích prožívají i sexuální zkušenosti, měly by v tomto ohledu být zodpovědnější. Například bariérová forma antikoncepce – prezervativ, která je pro dívky nejdostupnější a je nejjednodušší formou antikoncepce nebyla ani jednou dívkou v dotazníku zmíněna.

4.4 Vyhodnocení hypotéz

H1 Nejčastější důvod k uložení ústavní výchovy je abúzus návykových látek.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila, protože abúzus návykových látek nebyl nejčastějším důvodem uložení ústavní výchovy. Nejčastějším důvodem bylo záškoláctví, opakované útěky a problémové chování.

H2 Dívky umístěné ve výchovných ústavech začínají se sexuálním životem před 15 rokem.

Hypotéza č. 2 se analýzou dotazníků potvrdila. Před 15 rokem věku mělo první pohlavní styk 21 dívek z celkového počtu 29. Velice alarmující je ale zjištění, že 3 z nich již ve 12 letech, 7 děvčat ve 13 letech věku, 6 dívek mělo první pohlavní styk, když jim bylo 14 let a 5 dívek mělo svou první sexuální zkušenost v 15 letech.

H3 Většina dívek umístěných ve výchovných ústavech je ke své situaci kritická a kdyby měly šanci, změnily by své chování a jednání tak, aby se do ústavu nikdy nedostaly.

Hypotéza č. 3 se také potvrdila. 23 dívek z celkového počtu 29 se na svou zkušenost s uložením ústavní výchovy dívá kriticky, a kdyby měly šanci a možnost, chovaly by se a jednaly tak, aby se do výchovného ústavu vůbec nedostaly.

ZÁVĚR

Dnešní společnost se velice rychle vyvíjí. Odehrávají se velice rychle změny technologií, výzkumy a objevy posouvají lidské možnosti stále dále. V mnoha směrech je lidská práce a lidský faktor vyměněn nebo chcete-li zastoupen vyspělými technologiemi, které jsou řízeny nejmodernějšími počítači. Všechn tento vývoj a pokrok by měl lidskou práci usnadnit, ušetřit čas a měl by společnosti umožnit mít více času a prostoru na mezilidské vztahy. Jednoduše by logicky mělo být více prostoru na komunikaci mezi lidmi, když tolik času šetří stále se modernizující technologie.

Ale efekt je naprosto opačný. Lidé se odcizují, pracovní tempo se zrychluje, na lidský organismus jsou kladeny stále vyšší nároky, společnost je vystavována stále většímu stresu a nárokům, jako by byl člověk zkoušen, co všechno lidský organismus vydrží.

Takovéto nároky jsou bohužel kladeny nejen na dospělé jedince, ale už i na děti. A to už od útlého věku, protože se narodí do společnosti a rodin, které jsou už natolik uspěchané, že nedokáží ani oddělit pracovní prostředí od rodinného a nedokáží přibrzdit ani při výchově právě narozených dětí. Dochází naprosto logicky k tomu, že společnost a přítomnost rodiče se zmenšuje na minimum, je nahrazována spíše materiálními statky, vytrácí se emoce a dítě nemá v rodině pevné zázemí ani jistotu. Děti vyrůstající v takovém nepodnětném prostředí si přirozeně hledají místo, společnost, kde jsou alespoň zčásti syceny jejich potřeby. Naneštěstí jsou tyto náhradní aktivity spojeny s výskytem mnoha sociálně patologických jevů. Dítě se upíná k aktivitě či osobě, u které se cítí v bezpečí, která mu rozumí, kde se cítí součástí společnosti, kde necítí negativní emoce, kde ho přijímají bez výhrad. Mnoho těchto aktivit je bohužel společností vnímáno jako problémové, vybočují ze společenských norem a všeobecně platných pravidel, často jsou tyto aktivity nezákonné.

A protože se společnost brání, sahá k opatřením, mezi které, u problémové mládeže, patří ukládání ústavní výchovy. V těchto zařízeních se multidisciplinární týmy snaží o resocializaci svých svěřenců, která se ne vždy daří. Je to práce nelehká, z časového hlediska dlouhodobá, klade vysoké nároky na osoby – vychovatele a ne vždy má efekt, který by si většina společnosti přála.

Díky setkání se s dívkami ze dvou výchovných ústavů jsem měla možnost s některými hovořit a jejich životní zkušenosti byly v mnoha případech více než děsivé. Je otázkou, zda po letech prožitých v takovém prostředí je reálná šance jakýmkoli pedagogickým působením dívkám ukázat i jinou tvář společnosti a zařadit je zpět.

Zamýšlím se spíše nad otázkou, zda není v silách celé společnosti snažit se, aby se do takových zařízení dostávalo mnohem méně dětí. Aby k označení a podchycení vzniku sociálně patologických jevů docházelo mnohem dříve, kdy je reálnější šance na řešení, které není tak radikální, jako uložení ústavní výchovy. Zda se nedá systémově ošetřit tato problematika dříve, než dojde k závažným odchylkám od společenské normy.

Děláme maximum proto, aby děti věděli co je správné a co ne, co se smí a co naopak ne, vedeme je k tomu, aby nesli odpovědnost za své chování a jednání, aby věděli, že nejsou jen krásné a pozitivní emoce, ale že v životě jsou i problémy a nezdary, ale že i takové okamžiky jsou přirozené a dají se řešit. Dáváme jim pocit bezpečí a jistoty pevného bodu v podobě rodinného zázemí? Mají prostor na vlastní projevy názoru?

Měli bychom se snažit o navrácení kvalitnější komunikace do mezilidských vztahů. Vždyť komunikace, mluvené slovo, je základní stavební jednotkou pro vznik kvalitních, mezilidských vztahů. Vždyť z etopedického hlediska při výchově, pedagogickém působení a nakonec i při případné terapii je komunikování nejpodstatnější součástí celého procesu výchovy, socializace, léčby.

Setkání s dívkami z vybraných výchovných ústavů je důkazem, že sociálně patologické jevy jsou, bohužel, nedílnou součástí naší společnosti. Děti jsou s nimi konfrontovány na samém prahu života, ještě ani nevykročili do dospělosti. Jejich samotné dospívání je touto zkušeností do značné míry ovlivněno. Je třeba se snažit o to, aby resocializační snahy vedly k co nejúspěšnějším výsledkům a dařilo se, díky schopným pedagogům, vychovatelům a institucím, vrátit co největší počet těchto dětí zpět do společnosti a aby následky prožitých sociálně patologických jevů byly co nejmenší.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAKOŠOVÁ, Z. Sociální pedagogika jako životná pomoc. 3.vyd. Bratislava: Public promotion, 2008, 251 s. ISBN 978-80-969944-0-3
2. BALCAR, K. Úvod do studia psychologie osobnosti. 1.vyd. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, 1983, 231 s.
3. BURČÍKOVÁ, P., P. KUTÁLKOVÁ, D. HŮLE a kol. Cool je... vědět víc: ústavní výchova a rizika komerčního sexuálního zneužívání. Praha: La Strada Česká republika, 2008.
4. CLEESE, J., SKYNNER, R. Rodina a jak v ní zůstat naživu. (Přel. Černý) 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 304 s. ISBN 978-80-7178-281-0
5. CLEESE, J., SKYNNER, R. Život a jak v něm zůstat naživu. (Přel. Foltýn) 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 336 s. ISBN 80-7178-282-3
6. ČAČKA, O. Psychologie vrstev duševního dění osobnosti a jejich autodiagnostika. 3.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997, 384 s. ISBN 1081-218-2002
7. ČESKÁ REPUBLIKA. Občanský zákoník, 2012. In: Sběrka zákonů. zák. č. 89/2012 Sb. Ostrava: Sagit, 2012, Úplné znění. ISBN 978-80-7208-920-8
8. DELAROCHE, P. Rodiče, nebojte se říkat NE. (Přel. Demlová) 2.vyd. Praha: Portál, 2007, 144 s. ISBN 978-80-7367-347-5
9. FISCHER, S., J. ŠKODA. Speciální pedagogika. 1.vyd. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0
10. GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000, 259 s. ISBN 80-85931-79-6
11. HÁJEK, B., B. HOFBAUER, J. PÁVKOVÁ. Pedagogické ovlivňování volného času: současné trendy. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-473-1
12. HARDY, M., P. MÜHLPACHR, T. DUDÁŠOVÁ. Sociální patologie rodiny. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 340 s. ISBN
13. HARTL, P., H. HARTLOVÁ. Psychologický slovník. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 776 s. ISBN 80-7178-303-X
14. HÖSCHL, C., J. LIBIGER, J. ŠVESTKA. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Tigris s.r.o., 2002, 855 s. ISBN 80-900130-1-5

15. HRONCOVÁ, J. a kol. Sociální patologie. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela, 2004, 191 s. ISBN 80-8055-926-0
16. CHALOUPKA, L., M. VOCILKA, Z. MOUCHA. Etopedie. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1986, 273 s. Číslo publikace 1021-5056
17. KALINA, K., a kol. Základy klinické adiktologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0
18. KLIMENTOVÁ, E., P. KLIMENT. Sociální deviace. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, 130 s. ISBN 80-244-0556-4
19. KOLÁŘ, M. Bolest šikanování. Praha: Portál, 2001, 255 s. ISBN 80-7178-513-X
20. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 5.vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-7367-181-6
21. KRAUS, B., J. HRONCOVÁ a kol. Sociální patologie. Hradec Králové: Gaudamus, 2010, 325 s. ISBN 978-80-7435-080-1
22. KRAUS, B. Sociologické problémy výchovy. 1.vyd. Hradec Králové: Pedagogická fakulta, 1978, 133 s. Číslo publikace 60-205-78
23. LANG, G. Každé dítě potřebuje speciální přístup. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, 152 s. ISBN 80-7178-144-4
24. MATĚJČEK, Z. O rodině vlastní, nevlastní a náhradní. Praha: Portál, 1994, 98 s. ISBN 80-85282-83-6
25. MATOUŠEK, O., A. MATOUŠKOVÁ. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 2011, 344 s. ISBN 978-80-7367-825-8
26. MATOUŠEK, O. Ústavní péče. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1
27. MONATOVÁ, L. Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. Brno: Paido, 1996, 75 s. ISBN 80-85931-20-6
28. MONTESSORI, M. Tajuplné dětství. 1.vyd. Praha: SPS – nakladatelství světových pedagogických směrů, 1998, 131 s. ISBN 80-86189-00-7
29. MÜHLPACHR, P. Kapitoly ze sociální patologie, Institut mezioborových studií, Brno, 2003, 84 s.
30. MÜLLER, O., a kol. Terapie ve speciální pedagogice. 2.vyd. Praha: Grada, 2014, 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7

31. NEŠPOR, K. Jak překonat problémy s alkoholem. Praha: Sportpropag, 1999, 118 s.
32. NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. 4.vyd. Praha: Portál, 2011, 176 s. ISBN 978-80-7367-908-8
33. NEŠPOR, K. Vaše děti a návykové látky. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 160 s. ISBN 80-7178-515-6
34. NÝVLTOVÁ, V. Psychopatologie pro speciální pedagogy. 1.vyd. Praha. Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8
35. ONDREJKOVIČ, P. a kol. Sociálna patológia. Bratislava: Slovenská akadémia vied, 2000, 310 s. ISBN 80-224-0685-9
36. PIPEKOVÁ, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3.vyd. Brno: Paido, 2010, 385 s. ISBN 978-80-7315-198-0
37. POKORNÝ, V., J. TELCOVÁ, A. TOMKO. Patologické závislosti. 2.vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002, 193 s. ISBN 80-86568-02-04
38. RADVAN, E., M. VAVŘÍK. Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách. Brno: Institut mezioborových studií, 2009, 57 s.
39. RÖHR, H. Závislé vztahy. 1.vyd. Praha: Portál, 2011, 152 s. ISBN 978-80-7367-853-1
40. ŘEHULKA, E. et. al. Prevence závislostí ve škole. Brno: MSD, 2008, 96 s. ISBN 978-80-7392-077-7
41. SOURNIA, J. Dějiny pijáctví. 1.vyd. Praha: Garamont, 1999, 299 s. ISBN 80-86379-01-9
42. SLOMEK, Z. Etopedie. 1.vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 96 s. ISBN 978-80-86723-84-6
43. STŘELEČEK, S., E. MARÁDOVÁ, J. MARHOUNOVÁ, E. ŘEHULKA. Kapitoly z rodinné výchovy. Praha: Fortuna, 1992, 157 s. ISBN 80-85298-84-8
44. ŠKOVIERA, Albín, Dilemata náhradní výchovy. Praha: Portál, 2007, 144 s. ISBN 978-80-7367-318-5
45. ŠVARCOVÁ, E. Úvod do etopedie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, 107 s. ISBN 80-7041-449-9
46. TKÁČ, J. Adiktologie. Brno: Institut mezioborových studií, 2012.

47. TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001, 200 s. ISBN 80-7178-503-2
48. VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2014, 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6
49. VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-7178-308-0
50. VORLÍČEK, CH. Úvod do pedagogiky. 1.vyd. Jinočany, nakladatelství H a H, 2000, 175 s. ISBN 80-86022-79-X
51. <http://www.drogy.cz/index.html>
52. <http://www.latina-zdarma.cz/article/2009122001-vedeli-jste-o-vychove-ve-sparte>
53. <http://www.historie-drog.apu.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
VÚ	výchovný ústav
př.n.l.	před naším letopočtem
tzv.	tak zvaně
atd.	a tak dále
apod.	a podobně
Sb.	sbírky
str.	strana
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
OSPOD	orgán sociální péče o dítě
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
SVP	střediska výchovné péče
SPP	střediska pedagogické péče
PČR	policie české republiky

SEZNAM GRAFŮ

číslo grafu	název grafu	strana
Graf č. 1	Kolik je Vám let?	56
Graf č. 2	Vaše rodina je:	57
Graf č. 3	V kolika letech Vám byla uložena ústavní výchova?	58
Graf č. 4	Proč Vám byla uložena ústavní výchova?	59
Graf č. 5	Myslíte si, že uložení ústavní výchovy bylo potřeba?	60
Graf č. 6	Navázala jste v ústavu nová přátelství?	61
Graf č. 7	Už jste někdy z ústavu utekla?	62
Graf č. 8	Máte osobní zkušenost se záškoláctvím?	63
Graf č. 9	Propadla jste někdy ve škole?	64
Graf č. 10a	Setkala jste se se šikanou?	65
Graf č. 10b	Pozice v šikaně.	66
Graf č. 11	Máte zkušenost s požíváním alkoholu?	67
Graf č. 12a	Máte osobní zkušenost s užíváním návykových látek?	68
Graf č. 12b	Užívané návykové látky.	69
Graf č. 12c	Jak jste návykové látky užívala?	70
Graf č. 13	V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?	71
Graf č. 14	Máte v současné době přítele (partnera)?	72
Graf č. 15	V kolika letech jste měla první pohlavní styk?	73
Graf č. 16	Léčila jste se někdy s pohlavně přenosnou nemocí?	74
Graf č. 17a	Užíváte antikoncepci?	75
Graf č. 17b	Forma antikoncepce.	76
Graf č. 18	Máte zkušenost s prostitucí?	77

Graf č. 19	Byla jste někdy sexuálně zneužita?	78
Graf č. 20	Byla jste v životě fyzicky trestaná?	79
Graf č. 21	Byla jste v životě psychicky týraná?	80
Graf č. 22	Byla jste v životě fyzicky týraná?	81
Graf č. 23	Vyšetřovala Vás někdy policie?	82
Graf č. 24	Pokud ano, za jaký čin?	83
Graf č. 25	Máte zkušenost s patologickým hráčstvím?	84
Graf č. 26	Zažila jste opakovaně ponižování a zesměšňování?	85
Graf č. 27	Sebepoškozovala jste se někdy?	86
Graf č. 28	Přemýšlela jste někdy o sebevraždě?	87
Graf č. 29a	Pokusila jste se někdy o sebevraždu?	88
Graf č. 29b	Zvolený způsob sebevraždy.	89
Graf č. 30a	Dělala jste nějaký sport?	91
Graf č. 30b	Uveďte jaký sport.	92
Graf č. 31	Uveďte Vaše koníčky, co Vás baví?	93
Graf č. 32	Čím byste chtěla v životě být?	94
Graf č. 33	Kdyby šel vrátit čas, chtěla byste, aby bylo něco jinak?	96

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník

Příloha č. 2. Ukázka vyplněného dotazníku respondentka A

Příloha č. 3. Ukázka vyplněného dotazníku respondentka Y

PŘÍLOHA č. 1: DOTAZNÍK

Dobrý den.

Jmenuji se Renata Horňáková, studuji při UTB Zlín na IMS Brno obor sociální pedagogika a chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce na téma: Sociálně patologické jevy u dívek umístěných ve výchovných ústavech. Dotazník se skládá z 33 otázek, na které budete odpovídat převážně ano nebo ne, správnou odpověď, prosím, zakroužkujte. Dotazník je anonymní, odpovídejte, prosím, pravdivě a podle skutečnosti. Data získaná tímto dotazníkem budou sloužit pouze ke zpracování výzkumu k mé diplomové práci. Předem děkuji za Váš čas a vyplnění.

1. Kolik je vám let?

.....

2. Vaše rodina je:

- a) Úplná
- b) Rozvedená
- c) Žiji u pokrevných příbuzných
- d) Jiná možnost (uved'te jaká)

.....

3. V kolika letech vám byla uložena ústavní výchova?

.....

4. Proč vám byla uložena ústavní výchova?

.....

.....

5. Myslíte si, že uložení ústavní výchovy bylo podle vás potřeba?

ano ne

6. Navázala jste v ústavu nová přátelství?

ano ne

7. Už jste někdy z ústavu utekla?

ano ne

8. Máte osobní zkušenost se záškoláctvím?

ano ne

9. Propadla jste někdy ve škole?

ano ne

10. Setkala jste se se šikanou?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, byla jste:

- a) v pozici šikanované
- b) nebo jste šikanu prováděla

11. Máte zkušenost s požíváním alkoholu?

ano ne

12. Máte osobní zkušenost s užíváním návykových látek?

ano ne

Pokud jste uvedla **ano**, uveďte s jakými: (prosím vypsát)

.....

Pokud jste odpověděla **ano**, uveďte, jak jste návykové látky užívala? Označte všechny možnosti:

- a) kouření
- b) šňupáním
- c) podáváním do žíly
- d) spolknutí
- e) jinak (uveďte jak).....

13. V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?

.....

14. Máte v současné době přítele?

ano ne

15. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?

.....

16. Léčila jste se někdy s pohlavně přenosnou nemocí?

ano ne

17. Užíváte antikoncepci?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, jakou formu antikoncepce používáte?

.....
18. Máte zkušenost s prostitucí?

ano ne

19. Byla jste někdy sexuálně zneužita?

ano ne

20. Byla jste v životě fyzicky trestaná?

ano ne

21. Byla jste v životě psychicky týraná?

ano ne

22. Byla jste v životě fyzicky týraná?

ano ne

23. Vyšetřovala vás někdy policie?

ano ne

24. Pokud ano, za jaký čin?

.....

25. Máte zkušenost s patologickým hráčstvím?

ano ne

26. Zažila jste někdy opakovaně ponižování a zesměšňování?

ano ne

27. Sebepoškozovala jste se někdy?

ano ne

28. Přemýšlela jste někdy o sebevraždě?

ano ne

29. Pokusila jste se někdy o sebevraždu?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, napište, prosím, jakým způsobem:

.....

30. Dělala jste nějaký sport?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, uveďte jaký:

.....

31. Uveďte Vaše koníčky, co Vás baví?

.....

32. Čím byste chtěla v životě být?

.....

33. Kdyby šel vrátit čas, chtěla byste, aby bylo něco jinak?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, co by to bylo?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PŘÍLOHA č. 2: UKÁZKA VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU – RESPONDENTKA A

(A)

Dobrý den.

Jmenuji se Renata Horňáková, studuji při UTB Zlín na IMS Brno obor sociální pedagogika a chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce na téma: Sociálně patologické jevy u dívek umístěných ve výchovných ústavech. Dotazník se skládá ze 33 otázek, na které budete odpovídat převážně ano nebo ne, správnou odpověď, prosím, zakroužkujte. Dotazník je anonymní, odpovídejte, prosím, pravdivě a podle skutečnosti. Data získaná tímto dotazníkem budou sloužit pouze ke zpracování výzkumu k mé diplomové práci. Předem děkuji za Váš čas a vyplnění.

1. Kolik je vám let?

16 let

2. Vaše rodina je:

- a) Úplná
- b) Rozvedená
- c) Žijí u pokrevných příbuzných
- d) Jiná možnost (uveďte jaká)

s maminkou

3. V kolika letech vám byla uložena ústavní výchova?

ve 13 letech

4. Proč vám byla uložena ústavní výchova?

Problémy doma, dlouhodobé problémy v chování, záškoláctví, útek.

5. Myslíte si, že uložení ústavní výchovy bylo podle vás potřeba?

ano ne

6. Navázala jste v ústavu nová přátelství?

ano ne

7. Už jste někdy z ústavu utekla?

ano ne

8. Máte osobní zkušenost se záškoláctvím?

ano ne

9. Propadla jste někdy ve škole?

ano ne

10. Setkala jste se se šikanou?

ano

ne

Pokud jste odpověděla **ano** byla jste:

a) v pozici šikanované

b) nebo jste šikanu prováděla

11. Máte zkušenost s požíváním alkoholu?

ano

ne

12. Máte osobní zkušenost s užíváním návykových látek?

ano

ne

Pokud jste uvedla **ano**, uveďte s jakými: (prosím vypsát)

Tráva, pervitin, extáze

Pokud jste odpověděla **ano** uveďte, jak jste návykové látky užívala? Označte všechny možnosti:

a) kouřením

b) šňupáním

c) podáváním do žíly

d) spolknutí

e) jinak (uveďte jak).....

13. V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?

Nebyla jsem:-)

14. Máte v současné době přítele?

ano

ne

15. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?

ke 13 letům

16. Léčila jste se někdy s pohlavně přenosnou nemocí?

ano

ne

17. Užíváte antikoncepci?

ano

ne

Pokud jste odpověděla **ano** jakou formu antikoncepce používáte?

/

18. Máte zkušenost s prostitucí?

ano ne

19. Byla jste někdy sexuálně zneužitá?

ano ne

20. Byla jste v životě fyzicky trestaná?

ano ne

21. Byla jste v životě psychicky týraná?

ano ne

22. Byla jste v životě fyzicky týraná?

ano ne

23. Vyšetřovala vás někdy policie?

ano ne

24. Pokud ano, za jaký čin?

Drápy, chlast, napadení...

25. Máte zkušenost s patologickým hráčstvím?

ano ne

26. Zažila jste někdy opakovaně ponižování a zesměšňování?

ano ne

27. Sebepoškozovala jste se někdy?

ano ne

28. Přemýšlela jste někdy o sebevraždě?

ano ne

29. Pokusila jste se někdy o sebevraždu?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** napište, prosím, jakým způsobem:

.....

30. Dělala jste nějaký sport?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** uveďte jaký:

fotbal, florbal, pinoc, karate

31. Uveďte Vaše koníčky, co Vás baví?

kreslení, sportovat, kucht a pokec s nejbližšíma.

32. Čím byste chtěla v životě být?

To ještě ani sama nevím :-) Ale něco s lidma.

33. Kdyby šel vrátit čas chtěla byste, aby bylo něco jinak?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, co by to bylo?

Víc bych si vážila rodiny času který jsem s něma
mohla trávit. Mít svou hlavu a rozhodovat se podle
sebe. Mít silnější vůli a oddat drogám ale
něčeho nelituju. Jasně bych snad nevracela. V tu chvíli
jsem to z nějakého důvodu dělala a jsem si jistá,
že tohle všechno tak mělo být :-)

Hej se.

PŘÍLOHA č. 3: UKÁZKA VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU – RESPONDENTKA Y

Y

Dobrý den.

Jmenuji se Renata Horňáková, studuji při UTB Zlín na IMS Brno obor sociální pedagogika a chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který bude součástí mé diplomové práce na téma: Sociálně patologické jevy u dívek umístěných ve výchovných ústavech. Dotazník se skládá ze 33 otázek, na které budete odpovídat převážně ano nebo ne, správnou odpověď, prosím, zakroužkujte. Dotazník je anonymní, odpovídejte, prosím, pravdivě a podle skutečnosti. Data získaná tímto dotazníkem budou sloužit pouze ke zpracování výzkumu k mé diplomové práci. Předem děkuji za Váš čas a vyplnění.

1. Kolik je vám let?

15

2. Vaše rodina je:

- a) Úplná
- b) Rozvedená
- c) Žiji u pokrevných příbuzných
- d) Jiná možnost (uved'te jaká)

3. V kolika letech vám byla uložena ústavní výchova?

15

4. Proč vám byla uložena ústavní výchova?

PROTOŽE JSAM NECHODILA DO ŠKOLY
A RODIČE MAM VE VYKONAVU TRESTU

5. Myslíte si, že uložení ústavní výchovy bylo podle vás potřeba?

ano ne

6. Navázala jste v ústavu nová přátelství?

ano ne

7. Už jste někdy z ústavu utekla?

ano ne

8. Máte osobní zkušenost se záškoláctvím?

ano ne

9. Propadla jste někdy ve škole?

ano ne

10. Setkala jste se se šikanou?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** byla jste:

- a) v pozici šikanované
- b) nebo jste šikanu prováděla

11. Máte zkušenost s požíváním alkoholu?

ano ne

12. Máte osobní zkušenost s užíváním návykových látek?

ano ne

Pokud jste uvedla **ano**, uveďte s jakými: (prosím vypsát)

MARIUHANÁ

Pokud jste odpověděla **ano** uveďte, jak jste návykové látky užívala? Označte všechny možnosti:

- a) kouřením
- b) šňupáním
- c) podáváním do žíly
- d) spolknutí
- e) jinak (uveďte jak).....

13. V kolika letech jste byla poprvé u gynekologa?

NEBYLA

14. Máte v současné době přítele?

ano ne

15. V kolika letech jste měla první pohlavní styk?

14

16. Léčila jste se někdy s pohlavně přenosnou nemocí?

ano ne

17. Užíváte antikoncepci?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** jakou formu antikoncepce používáte?

.....

18. Máte zkušenost s prostitucí?

ano ne

19. Byla jste někdy sexuálně zneužitá?

ano ne

20. Byla jste v životě fyzicky trestaná?

ano ne

21. Byla jste v životě psychicky týraná?

ano ne

22. Byla jste v životě fyzicky týraná?

ano ne

23. Vyšetřovala vás někdy policie?

ano ne

24. Pokud ano, za jaký čin?

.....

25. Máte zkušenost s patologickým hráčstvím?

ano ne

26. Zažila jste někdy opakovaně ponižování a zesměšňování?

ano ne

27. Sebeпоškozovala jste se někdy?

ano ne

28. Přemýšlela jste někdy o sebevraždě?

ano ne

29. Pokusila jste se někdy o sebevraždu?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** napište, prosím, jakým způsobem:

.....

30. Dělala jste nějaký sport?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano** uveďte jaký:

.....

31. Uveďte Vaše koníčky, co Vás baví?

..... TANCIT, SPÍVAT, ~~KUR~~ POČÍTACÍ PRACOVNÍ KAMARADSKA

32. Čím byste chtěla v životě být?

..... KUCHAŘKA

33. Kdyby šel vrátit čas chtěla byste, aby bylo něco jinak?

ano ne

Pokud jste odpověděla **ano**, co by to bylo?

..... VRÁTIT SPÁTKY MY HO DĚDU A BABIČKU

.....
.....
.....
.....
.....