

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Subdeprivace a její identifikace ve školním prostředí dítěte

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Jošt, CSc.

Autor práce: Kamil Rosa

Studijní obor: Psychologie

Ročník: III.

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

19. dubna 2010

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Jiřímu Joštovi, CSc. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Zvláštní poděkování pak patří Mgr. Evě Podubské, ředitelce a sociální pracovníci Dětského domova Radenín, za pomoc při shromažďování dat pro výzkum v praktické části bakalářské práce.

Anotace

Tato práce se zabývá problematikou deprivace a subdeprivace u dětí v prostředí ústavní výchovy. Tento způsob náhradní výchovné péče má své specifické problémy, předchozí výzkumy ukazují rizika zvýšeného působení deprivacních procesů. Trendem posledních několika desetiletí je snaha o úpravu ústavní výchovy a její přiblížení k rodinné výchově.

Teoretická část se zaměřuje na charakteristiku deprivace a subdeprivace, jejích projevů, následků a možné prevence.

Praktická část se pak snaží o porovnání deprivacních a subdeprivacních procesů v ústavní péči a v prostředí rodinném.

Annotation

This final work deals with the question of deprivation and subdeprivation of the children in the institutional care. This type of surrogate care has its unique issues, last researches denote risks of the higher influence of deprivation processes. The goal in last years is to change the system of institutional care and to make it closer to the family care.

The theoretical part deals with the specification of the terms deprivation and subdeprivation, their signs and consequences, and potential prevention.

The practical part tries to describe the distinction between deprivation and subdeprivation processes in institutional care and in family care.

OBSAH

Úvod.....	6
1 Teoretická část	8
1.1 Psychická deprivace a subdeprivace	8
1.1.1 Psychická deprivace	8
1.1.2 Subdeprivace	10
1.2 Deprivační činitelé	11
1.2.1 Vnější deprivační činitelé.....	11
1.2.1.1 Izolace	12
1.2.1.2 Separace	13
1.2.2 Vnitřní deprivační činitelé	13
1.2.2.1 Vývojová úroveň dítěte	13
1.2.2.2 Pohlaví	14
1.2.2.3 Zdravotní stav dítěte.....	14
1.2.2.4 Osobnost dítěte.....	15
1.3 Projevy psychické deprivace.....	15
1.4 Náprava a prevence psychické deprivace	16
1.5 Náhradní výchovná péče	17
1.5.1 Náhradní rodinná péče	18
1.5.1.1 Osvojení/adopce.....	18
1.5.1.2 Pěstounská péče	19
1.5.2 Ústavní výchova.....	19
2 Praktická část	21
2.1 Cíl a hypotézy	21
2.2 Experimentální a kontrolní skupina	21
2.2.1 Experimentální skupina.....	23
2.2.2 Kontrolní skupina.....	23
2.3 Použité metody	24
2.3.1 Osobní anamnéza	24
2.3.2 Rodinná anamnéza	25
2.3.3 Školní výsledky	25

2.3.4 Hodnocení dětí třídním učitelem.....	26
2.4 Analýza dat.....	26
2.4.1 Dílčí hypotézy (DH1) – osobní anamnéza	27
2.4.1.1 Body Mass Index	27
2.4.1.2 Komplikace v těhotenství.....	28
2.4.1.3 Komplikace při porodu	29
2.4.1.4 Kojení.....	29
2.4.1.5 Nemocnost	30
2.4.1.6 Úrazy	31
2.4.2 Dílčí hypotézy (DH2) - Rodinná anamnéza.....	32
2.4.2.1 Úplnost rodiny.....	32
2.4.2.2 Funkčnost rodiny.....	33
2.4.3 Dílčí hypotézy (DH3) – školní výsledky	34
2.4.4 Dílčí hypotézy (DH4) – hodnocení dětí třídním učitelem	35
2.4.4.1 Hodnocení dětí třídním učitelem – žádoucí vlastnosti.....	36
2.4.4.2 Hodnocení dětí třídním učitelem – sebeprosazení a upoutání pozornosti.	36

Úvod

S přesným vymezením a významem pojmů deprivace a subdeprivace jsem se seznámil v průběhu studia Vychovatelství na Teologické fakultě Jihočeské university v Českých Budějovicích. Zde jsem také prostřednictvím praxe v Salesiánském středisku mládeže přišel do kontaktu s klienty ze sociálně znevýhodněných rodin, u kterých bylo možné do určité míry předpokládat a také pozorovat známky deprivacních (subdeprivacních) vlivů. Další setkání s takto ohroženými dětmi jsem získal díky svojí sestřenici, která působí jako sociální pracovnice v dětském domově, odkud si domů vždy na několik prázdninových dní brala dvě děti (sourozence – chlapce a dívku). Díky ní jsem mohl blíže poznat jak samotné děti vyrůstající v ústavní péči, tak se i více seznámit s chodem a systémem výchovy v dětských domovech. Zaujal mě zejména systém, který se snaží o vytvoření výchovných podmínek podobajícím se standardnímu rodinnému prostředí, jak po stránce bytové struktury, tak také počtu osob, pravidelně pečujících o určitou skupinu dětí.

Toto všechno společně se studiem literatury o deprivaci (zejména Matějček) a absolvování předmětu Psychická deprivace u Mgr. Jiřího Jošta vedlo k výběru tohoto tématu pro zpracování bakalářské práce.

Cílem práce je přispět k seznámení se syndromem označovaným jako psychická deprivace a subdeprivace. Tento syndrom se projevuje zejména ve školní úspěšnosti a jeho projevy je možné vysledovat i v samotném chování dětí zasažených těmito vlivy. Práce se snaží o srovnání a posouzení deprivacních vlivů ve vybraných skupinách v závislosti na druhu (způsobu) poskytované výchovy.

Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část definuje základní pojmy z oblasti psychické deprivace a subdeprivace. Vymezuje druhy deprivacních činitelů a jejich původce, představuje typologii projevů psychické deprivace a nabízí způsoby nápravy a prevence deprivacních vlivů. Dále tato část definuje náhradní výchovnou péči jako alternativu k péči rodinné, poskytované biologickými rodiči v přirozeném prostředí.

Praktická část práce je tvořena výzkumem psychické deprivace a subdeprivace a jejích projevů v experimentální a kontrolní skupině. Experimentální skupina sestává z dětí vyrůstajících v dětském domově, tedy klientů v ústavní péči. Kontrolní skupina bude sestavena z dětí vyrůstajících v přirozeném rodinném prostředí, tedy alespoň s jedním ze svých biologických rodičů. Obě tyto skupiny budou vyrovnány podle věku, pohlaví a inteligence (celkový školní průměr).

Závislou proměnnou výzkumu je skór maladaptivních projevů navržených týmem prof. Matějčka, přizpůsobený požadavkům bakalářské práce. Jako zkoumané veličiny jsou vybrány z osobní anamnézy - BMI, komplikace při porodu a během těhotenství, kojení, nemocnost, úrazy, z rodinné anamnézy pak úplnost rodiny, funkčnost rodiny, jazyk rodičů a dále pak prospěch subjektu ve školním prostředí. Nezávislou proměnnou je environmentální vliv (rodina, ústavní péče), pohlaví subjektů (dívky zpravidla projevují větší odolnost vůči nepříznivým vlivům prostředí než chlapci).

Výsledky práce jsou prezentovány a statisticky zpracovány jednoduchými výpočty, tabulkami a grafy.

1 Teoretická část

1.1 Psychická deprivace a subdeprivace

Nejprve je nutné definovat základní pojmy, které jsou používány jak v teoretické, tak i praktické části. Definováním pojmů se můžeme vyhnout mylnému pochopení nebo sporným interpretacím.

1.1.1 Psychická deprivace

„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře po dosti dlouhou dobu.“¹

Termín psychická deprivace je novějším označením pro pojem hospitalismus. Tento termín byl používán v souvislosti s výchovou dětí vyrůstajících mimo rodinu, u kterých bylo ve zvýšené míře identifikováno zpoždění v intelektovém vývoji, nedostatky v citových vztazích, v sociální adaptaci a charakteru. U dětí žijících v nalezincích a podobných institucích byla zjištěna také vyšší úmrtnost oproti dětem vychovávaným v rodinách. Touto problematikou se zabývali zejména Ch. Bühlerová, R. A. Spitz, W. Goldfarb J. Bowlby aj., u nás pak především J. Koch, J. Langmeier a Z. Matějček.²

Deprivaci je možné přeložit jako nějaké strádání. Jde o určitou úmyslné nebo neúmyslné ubližování dítěti, které je někdy velmi závažné a kruté, v krajním případě může způsobit i smrt.³ Podle druhu potřeby, která není uspokojována pak hovoříme o různých druzích deprivace. Rozlišujeme deprivaci citovou, smyslovou neboli senzorickou (nedostatečné smyslové podněty a vjemy), motorickou (nedostatek tělesných podnětů) a sociální (nedostatek sociálních kontaktů). Toto

¹ LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. s. 22.

² Srov. ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. s. 275.

³ Srov. DUNOVSKÝ, J. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. s. 87.

rozlišení podle neuspokojení určitých jednotlivých potřeb je však spíše jen teoretické. Výzkumy Bowlbyho, Spitze i Goldfarba totiž naznačily, že prakticky v každé deprivacní situaci spolupůsobí neuspokojení několika důležitých vitálních potřeb.⁴

U všech těchto druhů deprivace jde o dlouhodobé působení vnějších faktorů na osobnost jedince, které vedou k ohrožení duševního vývoje dítěte. Neuspokojování základních psychických potřeb má pak za následek vznik specifických forem chování. Stejně jako je nutné k fyzickému vývoji dítěte dostatek tepla, potravy nebo pohybové stimulace svalů, je nutný dostatek podnětů v oblasti psychického vývoje. Současné výzkumy prokázaly pět základních vitálních potřeb pro uspokojivý psychický vývoj dítěte:

1. Potřeba určitého množství, proměnlivosti a kvality vnějších podnětů

- dítě potřebuje být podněcováno a stimulováno v oblasti zrakové, sluchové a hmatové percepce.
- dítě potřebuje mít k dispozici hračky, příjemné prostředí a také lidi, kteří se na něj usmívají a mazlí se s ním.
- všechny tyto podněty působí kladně na vývoj dítěte, naopak jejich nedostatek nebo jednostrannost vývoj zpomalují a narušují.

2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech

- dítě má potřebu smysluplnosti světa, reaguje pozitivně když nachází v okolí určitý řád, stálost reakcí okolí na něj.
- pokud dítě takové prostředí nemá nebo je konfrontováno s nějakou náhlou změnou, může dojít k regresi chování na nižší vývojové stádium.

3. Potřeba prvotních emocionálních a sociálních vztahů

- dítě potřebuje pevnou, trvalou emocionální vazbu na mateřskou osobu a také na další členy rodiny.

4. Potřeba společenského uplatnění a společenské hodnoty

- dítě si prostřednictvím sociálních vztahů začíná uvědomovat své vlastní „já“, vytváří si své sebepojetí, sebevědomí a identitu.

⁴ Srov. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. s. 14 - 16.

- dítě uspokojuje svou potřebu někam patřit, pocit sounáležitosti se svou sociální skupinou.

5. Potřeba otevřené budoucnosti nebo životní perspektivy.

- dítě má potřebu společné budoucnosti, tato potřeba je zažívána v rodině, v mnohem menší míře pak v ústavní péči, kde je naopak dítě často ve stavu nejistoty z vlastní budoucnosti.⁵

Psychická deprivace dětí vede často k dospělosti k jejich neschopnosti přizpůsobit se požadavkům společnosti. Jedinec se nedokáže vyrovnat s tlakem sociálního okolí, nedokáže se často adekvátně zapojit do společnosti a plnit role vyplývající z jeho postavení – selhávají v oblasti intimních vztahů, v rodičovských povinnostech atd.

Oproti dřívějším velmi pesimistickým názorům se dnes ukazuje možnost reverzibility tohoto vývoje. Výzkumy prokázaly, že deprivace nepůsobí na všechny děti v ústavech, byly zjištěny rozdíly mezi výsledky „dobrých“ a „špatných“ ústavů. Deprivace byla zjištěna také u dětí vyrůstajících v nefunkčních rodinách. Dále bylo zjištěno, že kritickým obdobím pro eliminaci vlivu deprivace je věk mezi šesti až patnácti měsíci.⁶

1.1.2 Subdeprivace

Subdeprivace je termín, který jako první použil profesor Zdeněk Matějček v závěrečné zprávě Výzkumného ústavu psychiatrického nazvané *Nechtěné děti*. Zde definuje subklinickou deprivaci jako mírnou formu deprivace. Ve srovnání s klasickými deprivacími studiemi Spitze, Bowlbyho a Goldfarba označuje Matějček výsledky výzkumu svého týmu jako „mírné subklinické vydání“⁷. Zároveň přiznává ve své studii souběžný vliv činitelů deprivacních, frustračních a také možné přetížení některými druhy podnětů.⁸

⁵ Srov. MATĚJČEK, Z. et al. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. s. 8 – 9.

⁶ Srov. ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. s. 275 - 276.

⁷ DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. et al. *Nechtěné děti*. s. 405.

⁸ Srov. DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. et al. *Nechtěné děti*. s. 405.

Subdeprivace má mírnější vliv na vývoj dětí, ale rozhodně není méně závažná. Její závažnost spočívá ve faktu, že se týká poměrně velké části české dětské populace. Devastující vlivy na přirozený vývoj dítěte jsou sice v celkovém srovnání méně závažné, avšak oproti deprivaci se subdeprivace týká podstatně většího počtu dětí, jak potvrzují studie Matějčkova týmu.⁹

Děti postižené subdeprivací není možné jednoznačně označit jako děti zanedbané, které vyrůstají v hmotném nedostatku, trpí nedostatkem zdravotní péče, školního vzdělání. Jde spíše o děti, které žijí ve stavu zvýšeného napětí, zvýšené úzkosti. Tyto děti jsou nedostatečně uspokojovány v oblasti potřeby jistoty a identity ve vlastní rodině.¹⁰ Právě získání důvěry ve vztahu ke světu a pocit bezpečí je jedním ze základních úkolů rodičů a dalších rodinných příslušníků v kojeneckém věku. Dítě se v průběhu novorozeneckého a kojeneckého věku dostává do prvních sociálních kontaktů, samotným porodem přichází do zcela nového, neznámého prostředí a je tak velmi citlivé na pocit bezpečí. Tento pocit mu poskytují svým chováním a fyzickým kontaktem nejčastěji rodiče, především pak matka.¹¹

1.2 Deprivační činitelé

Deprivačními činiteli jsou takové vlivy, jež mohou za určitých okolností společně vytvářet deprivační prostředí. Tyto činitele můžeme rozdělit na vnější a vnitřní.

1.2.1 Vnější deprivační činitelé

Vnější deprivační činitelé jsou situace, do kterých se jedinec dostává po různě dlouhou dobu, mohou být velmi rozmanité v závislosti na prostředí nebo osobách,

⁹ Srov. DYTRYCH, Z. et al. *Nechtěné děti*. s. 406.

¹⁰ Srov. DYTRYCH, Z. et al. *Nechtěné děti*. s. 406 - 407.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. s. 96 -98.

kteřé ho vytvářejí. Vedle nedostatku příležitostí k saturaci potřeb se tyto činitele projevují ve formě hygienického, výživového a sociálního zanedbávání, dále pak v traumatizujících postojích dospělých nebo různých konfliktních situacích.¹² Právě tyto interakce - v deprivacních situacích nedostatečné nebo dokonce úplně chybějící, jsou často jednou z hlavních příčin deprivacních procesů. Absence nebo nedostatečnost sociálních interakcí bývá označována jako izolace nebo separace.¹³

1.2.1.1 Izolace

Prostřednictvím sociálních interakcí a každodenním stykem s členy společnosti v okolí dítěte jsou přirozeně uspokojovány psychické potřeby dítěte. Pokud však dítěti nějaká vnější příčina brání takovému kontaktu, trpí dítě podnětovým nedostatkem. Takovouto situaci pak nazýváme izolací.¹⁴

Izolace může působit částečně nebo úplně (dokonale). Při dokonalé izolaci, kdy nejsou základní psychické potřeby hned od počátku dlouhodobě uspokojovány, dojde k zastavení jejich vývoje a tyto potřeby zůstanou pak rozvinuté jen na základní úrovni. Příklady takové dokonalé izolace jsou jen velmi málo časté, jde o situace, kdy dítě vyrůstá úplně nebo téměř úplně bez lidské společnosti. Znamé jsou případy z historie, např. zdivočelé děti, „vlčí děti“, Kašpar Hauser.

Při částečné izolaci dochází k různým formám opoždění a porušení přirozeného vývoje potřeb. Vliv izolace je tak v těchto případech na vývoj jedince méně devastující.¹⁵

¹² Srov. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. s. 69.

¹³ Srov. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. s. 34 - 35.

¹⁴ Srov. LANGMEIER, J., MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*. s. 35.

¹⁵ Srov. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. s. 43 - 45

1.2.1.2 Separace

Separace je přerušení již vytvořeného vztahu mezi dítětem a jeho sociálním prostředím. K tomu dochází ve chvíli, kdy je dítě po nějaký čas odloučeno od své matky nebo jiné osoby, která ji zastupuje. Dítě v takové situaci postrádá zdroj citového uspokojení, dítě ztrácí zdroj pocitu bezpečí a stálosti prostředí.

Dlouhodobé odloučení dítěte od matky nebo jiné osoby na jejím místě v prvních třech až pěti letech života vede zpravidla k narušení duševního zdraví dítěte a zanechává následky, jež jsou trvale patrné v celém dalším vývoji jeho osobnosti (Bowlby, 1951).¹⁶

1.2.2 Vnitřní deprivační činitelé

Vnitřní deprivační činitelé jsou činitelé působící na subjekt zevnitř. Jde o určité osobnostní předpoklady jako je vývojová úroveň subjektu, pohlaví, celkový zdravotní stav a vyzrálост osobnosti subjektu.

1.2.2.1 Vývojová úroveň dítěte

Podle dosažené vývojové úrovně je dítě přiměřeně odolné vůči deprivačním podmínkám. V každém vývojovém období je dítě jinak citlivé vůči nedostatečnému uspokojování potřeb. V prvním roce si dítě vytváří nejprve specifický vztah k pečující osobě (nejčastěji matce), po tomto citovém připoutání k jedné osobě se v případě odloučení objeví reakce protestu a snahám dítěte dosáhnout opět kontaktu s matkou. Tato vazba na mateřskou osobu je vázána na schopnost dítěte rozlišit matku zrakem nebo jiným smyslem.

¹⁶ Srov. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. s. 45.

Obecně platí, že děti jsou nejméně odolné ve věku do 3 let. Prožitek traumatické události v raném věku (např. odloučení matky v novorozeneckém věku) je pro dítě mnohem zatěžující než ve vyšším věku.¹⁷

1.2.2.2 Pohlaví

Výzkumy ukazují větší odolnost vůči neuspokojování potřeb u dívek. Hledání příčin tohoto genderového rozdílu je složité, doposud není přesně určeno, co má hlavní význam ve zjištěné odlišnosti. V současné době je již výzkumy potvrzen rozdíl ve stavbě a funkci mozku v závislosti na pohlavích, který může mít na odolnost vliv.¹⁸

Dalším možným faktorem je působení společnosti na dítě v závislosti na jeho pohlaví. Dítě je situováno do určité role – pro chlapce do role ochránce, chlebodáře, opraváře, otce, naopak dívkám je automaticky připisována role matky, pečovatelky, zповědnice a hospodyně.

1.2.2.3 Zdravotní stav dítěte

Na míru psychické odolnosti má přímý vliv stav organismu, případná dlouhodobá onemocnění nebo různé handicap, které mohou odolnost výrazně snížit. Již přítomnost nějakého organického nebo mentálního postižení totiž výrazně zvyšuje pravděpodobnost působení deprivacních podmínek. Uspokojení základních psychických potřeb je totiž ztíženo působením smyslového, pohybového nebo jiného postižení. Složitější je začlenění jedince do společnosti, sociální interakce nejsou tak časté a zejména v prvních letech života je omezována jen na nejbližší rodinné příslušníky.¹⁹

¹⁷ Srov. ARCHEROVÁ, C., Dítě v náhradní rodině. s. 41 – 42.

¹⁸ Srov. KULIŠTÁK, P. Neuropsychologie. s. 104 -108.

¹⁹ Srov. Srov. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Psychická deprivace v dětství*. s. 222.

Zejména smyslová postižení působí na jedince velmi omezujícím vlivem, děti hluché, slepé nebo dokonce s obojím postižením jsou ochuzeny o velkém množství podnětů a případný vznik deprivace je zde pravděpodobnější.

1.2.2.4 Osobnost dítěte

Deprivační prostředí působí na každého jedince odlišně. V závislosti na konstituci každého jedince je různá jeho odolnost vůči deprivačním vlivům. Některé děti jsou citlivější na stimulaci sluchovou nebo zrakovou, jiné děti reagují více na podnět tepelné a dotykové. Zatímco pro některé děti by bylo určité prostředí nepodnětné, jiné dítě s větší citlivostí na podněty a jejich vnímání bude v takovém prostředí dostatečně stimulováno. A naopak některé děti potřebují pro svůj vývoj zvýšené podnětové prostředí než je tomu u většiny ostatních. Vyžadují prostředí, jež by pro většinu dětí bylo až příliš podnětné a působilo by přesycení, případně později podněcovalo vznik poruchy pozornosti. Nedostatečné uspokojování základních potřeb může při určité konstelaci vnějších okolností a konstitučních vlastností k vytvoření pozitivních rysů osobnosti. Tento jev je však pozorovatelný jen ve skutečně výjimečných případech.²⁰

1.3 Projevy psychické deprivace

Prostřednictvím pozorování dětí v dřívějších ústavních zařízeních pro výchovu dětí bylo identifikováno pět typů vývoje osobnosti jako projevy působení deprivace:

1. Typ „normoaktivní“ či relativně dobře přizpůsobený

- jde o děti, které procházejí ústavy poměrně nejméně dotčeny, dosáhly určité rovnováhy i v nepříliš podnětných podmínkách, jejich situace se však může velmi

²⁰ Srov. DYTRYCH, Z. et al. *Nechtěné děti*. s. 407.

výrazně změnit při odchodu z ústavu a v konfrontaci s novým prostředím a novými nároky.

2. Typ hypoaktivní či útlumový

- tyto děti reagují na ústavní péči snížením celkové aktivity, emoční apatií, nezájmem, celkovým poklesem výkonu.

3. Typ sociálně hyperaktivní

- děti se snaží o dosažení maximálního sociálního kontaktu, často až pronásledují každého vychovatele, návštěvníka, snaží se upoutat pozornost, neovládají citovou vázanost, neznají citovou věrnost.

4. Typ sociálně provokativní

- děti se snaží upoutat na sebe pozornost i prostřednictvím velmi negativního chování – násilím, provokacemi, konfrontací s ostatními, vyrušováním, jeví se jako mimořádně vzdorovité, dráždivé, „neovladatelné“, pokud je jim však věnována pozornost jsou úplně jiné – přítulné a hodné.

5. Typ charakterizovaný náhradním uspokojováním potřeb

- nedostatek podnětů v citové a sociální oblasti si tyto děti vynahrazují podněty v oblasti jiné, to se projevuje přejídáním, masturbací, narcistickými tendencemi, šikanováním nebo týráním zvířat.²¹

1.4 Náprava a prevence psychické deprivace

V situaci, kdy na dítě po určitou dobu působily deprivační vlivy je velmi složitá a nebezpečná s ohledem na další vývoj dítěte, ale nikoliv jak se předpokládalo dříve, neměnná a nezvratná. Existuje řada výzkumných studií, které ukazují na možnost nápravy deprivačních vlivů na vývoj osobnosti dítěte. Tyto studie se opírají o dlouhodobé sledování dětí umístěných v pěstounské péči nebo o děti osvojené. V dětských domovech však zůstává stále velký počet dětí, které se z různých příčin náhradní rodinné péče nedočkají.²²

²¹ Srov. MATĚJČEK, Z. et al. Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace. s. 9 - 10.

²² Srov. KOLUCHOVÁ, J. Diagnostika a reparabilita psychické deprivace. s. 7 - 16.

Snahy o nápravu a prevenci deprivacních vlivů v těchto domovech se v posledních desetiletích realizují změnami ve způsobu a systému této ústavní výchovy. Většina dětských domovů přechází na způsob vytváření menších skupin dětí, o které se starají pravidelně dva vychovatelé a tato skupina žije v relativně odděleném bytovém uspořádání od ostatních skupin v dětském domově. Tento systém se tak snaží přiblížit podmínkám přirozeného rodinného prostředí. Často se však do dětských domovů dostávají již děti, které prožilo určitou dobu v deprivacním prostředí, tedy v prostředí původní rodiny, odkud bylo odebráno právě z důvodu nevhodného výchovného prostředí. Tyto děti tvoří i dnes nemalou část celkového počtu dětí v ústavní péči.²³

Důležitým činitelem při nápravě i prevenci deprivacních vlivů jsou osoby dítěti blízké – ať už se jedná o vychovatele v dětském domově, náhradního rodiče při osvojení nebo pěstounské péči anebo jinou blízkou osobu. Funkční a dlouhodobý vztah s těmito osobami dodává dítěti tolik potřebný pocit jistoty, bezpečí a poskytuje tak vhodné podmínky pro vývoj osobnosti dítěte.²⁴

1.5 Náhradní výchovná péče

Náhradní výchovnou péčí rozumíme v České republice všechny formy náhrady rodiny u dětí bez vlastního funkčního rodinného zázemí, tj. kojenecké ústavy, dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy, ústavy sociální péče, pečovatelské rodiny, osvojitelské rodiny, svěřením dítěte do péče jiné fyzické osobě než rodičů. Náhradní výchovnou péči můžeme tedy rozdělit na dvě základní formy – rodinnou a ústavní.²⁵

²³ Tamtéž. s. 22 – 30.

²⁴ Srov. KOLUCHOVÁ, J. Diagnostika a reparabilita psychické deprivace. s. 98 – 99.

²⁵ Srov. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. s. 115 – 116.

1.5.1 Náhradní rodinná péče

Jak samotný název napovídá, dítě nevyrůstá v nějakém ústavu, ale žije v prostředí více podobném rodinnému. O dítě se stará menší okruh lidí než je tomu v ústavech, dítě se tak snáze připoutá k „náhradním rodičům“ a může si tak vytvořit hlubší a pevnější citové vazby. Tato forma náhradní péče se dělí na dva základní typy – osvojení a pěstounskou péči.²⁶

Rizika této formy péče jsou přizpůsobení se prostředí dítěti a také přizpůsobení se dítěte novému prostředí. Dalším rizikem jsou konkrétní sociální vztahy s novými osobami (např. sourozenci, prarodiče, sousedé, spolužáci atd.). Ve starším věku je pak problematická otázka původní rodiny – zda dítě informovat o původní rodině nebo to zamlčet a také případné kontakty s původní rodinou.²⁷

1.5.1.1 Osvojení/adopce

Poměr mezi dospělým osvojitelem a nezletilým osvojencem, který je podle platného práva ČR (z. 94/1963, z. 359/1999) totožný s poměrem mezi rodičem a dítětem. Osvojitel má vůči osvojenému dítěti rodičovskou odpovědnost. K osvojení je třeba souhlasu zákonného zástupce dítěte. O osvojení rozhoduje soud. Jako společné dítě mohou dítě osvojit jen manželé. Pro osvojení je nutné splnit ještě další nezbytné podmínky (osvojenec musí být starší 1 roku, souhlas nebo neprojevovaný zájem rodičů atd.)²⁸

Při osvojení dále ještě rozlišujeme osvojení „zrušitelné“, „nezrušitelné“ a mezinárodní osvojení.²⁹

²⁶ Srov. MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J. et al. Osvojení a pěstounská péče. s. 12 -13.

²⁷ Srov. ARCHEROVÁ, C. Dítě v náhradní rodině. s. 91 - 99.

²⁸ Srov. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. s. 138 - 139.

²⁹ Srov. MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J. et al. Osvojení a pěstounská péče. s. 13.

1.5.1.2 Pěstounská péče

Jde o formu náhradní rodinné péče, kterou garantuje a financuje stát. O svěřeni dítěte do pěstounské péče rozhoduje soud. Soud posuzuje zájem dítěte, vhodnost pěstouna. Do pěstounské péče může být svěřeno jak dítě z ústavní výchovy, tak i dítě, které je v péči svých rodičů, pokud s tím oni souhlasí. Dítě může být svěřeno do péče fyzické osobě nebo manželům. Povinností pěstounů je o dítě osobně pečovat, přiměřeně vykonávat rodičovská práva a povinnosti. Pěstoun nemá vůči dítěti vyživovací povinnost.³⁰

Tato forma náhradní rodinné péče je velmi vhodná v situacích, kdy není možné z nějakých důvodů osvojení dítěte.³¹ Tyto důvody stanovuje zákon, jde zejména o situace, kdy biologičtí rodiče projevují o dítě pravidelně zájem, jsou s ním v kontaktu alespoň jedenkrát za šest měsíců atd.

Pěstounskou péči rozlišujeme na péči individuální nebo skupinovou. Individuální se pak dále člení na pěstounskou péči osob příbuzných (např. prarodiče) nebo jiné cizí osoby. Skupinová péče se pak dělí na zařízení pro výkon pěstounské péče (pěstounské páry s více dětmi v péči) nebo SOS dětské vesničky (matka-pěstounka).³²

1.5.2 Ústavní výchova

Ústavní výchova je u nás nejčastěji uskutečňována v dětských domovech. Dětský domov je zařízení pro děti, které nemají možnost vyrůstat v rodině, a to proto, že rodinu nemají, nebo proto, že rodina není schopna či ochotna se o ně starat. Podle zaměření na cílovou skupinu a podle formy poskytované výchovy rozlišujeme dětské domovy pro děti do 3 let, dětské domovy internátního typu (dětí stejného věku, vychovatelé se střídají na směny) a dětské domovy rodinného

³⁰ Srov. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. s. 143 -144.

³¹ Srov. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. Výpravy za člověkem. s. 185 -186.

³² Srov. MATĚJČEK, Z., KOLUCHOVÁ, J. et al. Osvojení a pěstounská péče. s. 13.

typu (domov napodobuje prostorově velký byt, skupina dětí je menší a věnují se jí stále stejní vychovatelé).³³

³³ Srov. MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. s. 50.

2 Praktická část

2.1 Cíl a hypotézy

Cíl:

Cílem je přispět k charakteristikám subdeprivace v dětských domovech rodinného typu. Porovnat skupinu experimentální (dětí z dětského domova tohoto typu) se skupinou kontrolní (dětí z funkčních rodin) a tímto srovnáním zhodnotit vliv jednotlivých forem náhradní výchovy na vývoj dětí. Zhodnotit vliv reorganizace dětských domovů na systém rodinných skupin na deprivaci a subdeprivaci vlivy v ústavní péči.

Hypotézy:

H1.

Experimentální skupina bude vykazovat odlišné výsledky subdeprivacích projevů než tomu bude u skupiny kontrolní. Tento rozdíl bude statisticky významný.

H2.

Bude-li rozdíl subdeprivacích projevů v experimentální skupině oproti skupině kontrolní malý (statisticky nevýznamný), jsou tyto projevy stylem výchovy v konkrétním dětském domově potlačeny.

2.2 Experimentální a kontrolní skupina

Experimentální i kontrolní skupina je tvořena 17 subjekty - dětmi ve věku 12,4 až 16,4 roků. Všechny subjekty výzkumu navštěvují druhý stupeň základní školy.

Všechny tyto Obě skupiny dětí jsou vyrovnány podle věku, pohlaví a prospěchové úrovně ve škole. Pro každý subjekt experimentální skupiny byl nalezen subjekt, který byl stejný nebo se maximálně podobal v parametrech pohlaví, věku a celkového průměrného prospěchu. Toto vyrovnání ukazuje tabulka 3b. Jak je již uvedeno výše, v každé skupině je 6 dívek a 11 chlapců. Průměrný věk ve skupině experimentální je 14,706, v kontrolní 14,701. Dále tabulka ukazuje minimální a maximální hodnoty ve skupinách u věku a celkového prospěchu.

Tabulka 3b

	Věk		Celkový prospěch		Pohlaví	
Proband	E	K	E	K	E	K
1	16,2	16,4	2,167	1,826	chlapec	chlapec
2	12,4	12,11	2,286	2,063	chlapec	chlapec
3	15,3	15,3	2,167	2,173	chlapec	chlapec
4	16,2	16,2	2,000	2,087	dívka	dívka
5	13,9	13,9	2,957	2,435	chlapec	chlapec
6	15,5	15,5	2,130	2,304	dívka	dívka
7	14,7	14,7	2,043	1,967	chlapec	chlapec
8	16,1	16,1	2,217	2,304	chlapec	chlapec
9	13,5	13,5	2,130	2,130	dívka	dívka
10	14,11	14,11	2,435	2,391	chlapec	chlapec
11	16,3	16,3	1,478	1,565	dívka	dívka
12	12,8	12,8	1,565	1,521	chlapec	chlapec
13	15,2	15,2	2,000	2,000	chlapec	chlapec
14	15,4	15,4	2,130	2,261	dívka	dívka
15	14,7	14,7	1,913	1,957	chlapec	chlapec
16	15,3	15,3	1,391	1,435	chlapec	chlapec
17	12,4	12,4	1,783	1,652	dívka	dívka
min	12,4	12,4	1,391	1,435		
max	16,3	16,4	2,957	2,435		
průměr	14,706	14,701				

2.2.1 Experimentální skupina

Experimentální skupinu tvoří děti z Dětského domova, Základní školy a Školní jídelny Radenín 1. Dětský domov se nachází v jižních Čechách v okrese Tábor v objektu bývalého zámku.

V domově žijí děti od věku 3 až 18 let, ale i starší, zletilé, které zde mohou dobrovolně pobývat až do doby svého úplného ukončení vzdělání, tedy až do 26 let.

Způsob života na zámku je přizpůsoben modelu života v rodině v bytovém interiéru formou samostatně hospodařících rodinných skupin. Tyto skupiny jsou tvořeny 6 – 8 dětmi, o které pravidelně pečují dva vychovatelé. Tato forma uspořádání daleko více napodobuje dění v přirozeném rodinném prostředí. Děti si zvykají na vzájemné soužití určitého počtu stejných osob, starší pomáhají mladším, dělí se navzájem o povinnosti spojené s životem ve společném prostředí. Díky menší fluktuaci vychovatelů je snazší vytvoření bližšího kontaktu mezi dětmi a vychovateli a díky menšímu počtu dětí i bližších vztahů mezi dětmi samotnými. V takovýchto 6 rodinných skupinách v dětském domově Radenín (jedna žije v pronajatém sídlištním bytě v Táboře) již nefunguje dřívější ústavní prostředí charakterizované vysokým počtem dětí soustředěných pohromadě, zvýšenou anonymitou a jednotným řádem. Děti nakupují, vaří, uklízí, perou a žehlí, hospodaří s rodinně skupinovým rozpočtem i s vlastním kapesným a úsporami. Vychovatelů (tety a strejdové), kteří žijí společně s dětmi je 13 a k nim náleží i 6 asistentek. Celkový počet osob pečujících o bezproblémový chod domova je 31. Experimentální skupinu tvoří 17 dětí, 11 chlapců a 6 dívek.

2.2.2 Kontrolní skupina

Kontrolní skupina je pak tvořena dětmi vychovávanými v rodinném prostředí. Pro potřeby výzkumu rodinné prostředí definováno prostředí, ve kterém se o výchovu dítěte stará alespoň jeden z biologických rodičů, dítě plní povinnosti

související s jeho věkem (povinná školní docházka, chování odpovídající věku, fyzický i psychický stav odpovídající věku, a další). Rodina poskytuje dostatečně podnětné prostředí, vytváří u dítěte pocit osobní zodpovědnosti, umožňuje samostatnost a zároveň vytváří emočně stabilní prostředí s dostatkem fyzického kontaktu, emoční blízkosti. Zároveň v této rodině není závažné onemocnění a zároveň neprobíhají rozvodové konflikty. Také tato skupina je tvořena 17 dětmi, 11 chlapci a 6 dívkami.

2.3 Použité metody

Pro posouzení přítomnosti deprivace a subdeprivace byla u všech subjektů experimentální i kontrolní skupiny vytvořena osobní a rodinná anamnéza a shromážděny školní výsledky. Dalším zdrojem informací pak byl dotazník hodnocení dětí třídním učitelem.

Všechny tyto metody jsou převzaty z výzkumných studií týmu prof. Matějčka (zejména Nechtěné děti – Zpráva 1975, číslo 34 Výzkumný ústav psychiatrický) a upraveny pro potřeby této práce.

2.3.1 Osobní anamnéza

Osobní anamnéza je tvořena následujícími informacemi:

- BMI
- komplikace v těhotenství
- komplikace při porodu
- nemocnost
- kojení
- úrazy

Informace byly získávány prostřednictvím dotazníků získávány od rodičů, případně samotného subjektu u kontrolní skupiny, u experimentální skupiny pak

byly údaje získány ze spisů o jednotlivých subjektech a dalších dokumentů. Pokud spis takové údaje neobsahoval, byly dotazováni biologičtí rodiče (tato situace spíše výjimečná, nejčastěji se tak dělo u informací o délce kojení, komplikacích v těhotenství a při porodu). Rodiče vždy s ochotou tyto údaje poskytli a souhlasili s jejich anonymním využitím pro účely práce.

2.3.2 Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza pak obsahuje informace o úplnosti rodiny a také o její funkčnosti s ohledem na spolupráci rodičů se školou. Údaje o úplnosti rodiny byly získávány jednak dotazováním samotných rodičů a také ve škole u třídní učitelky (kontrolní skupina). U skupiny experimentální pak byly informace získávány také od sociální pracovnice dětského domova nebo případně dohledány ve spisech jednotlivých subjektů.

2.3.3 Školní výsledky

Školní výsledky byly získány v obou skupinách stejným způsobem jako údaje k osobní anamnéze. Školními výsledky pro tuto práci rozumíme školní prospěch jednotlivých subjektů za poslední rok (známky z pololetního vysvědčení pro školní rok 2009/2010 a závěrečné vysvědčení pro školní rok 2008/2009). Jako jednotlivé údaje pak byly získávány tyto údaje:

- prospěch celkový,
- prospěch z Matematiky,
- prospěch z Českého jazyka,
- prospěch z výchov (tělesná, hudební, výtvarná, pracovní, technická, občanská a další)
- prospěch z chování.

Ze všech těchto údajů pak byl vytvořen celkový prospěch z jednotlivých předmětů pro celou skupinu (experimentální a kontrolní). Tyto výsledky pak byly vzájemně srovnány.

2.3.4 Hodnocení dětí třídním učitelem

Třídní učitelé byly prostřednictvím dotazníku vyzváni k ohodnocení vybraných žáků z hlediska jejich pile, pozornosti, sebedůvěry, pořádnosti, inteligence, poslušnosti a obluby v kolektivu. Třídní učitel hodnotil jednotlivé subjekty podle čtyřstupňové hodnotící škály. Také tato výzkumná metoda byla převzata ze studií prof. Matějčka, ale upravena pro potřeby práce. Zatímco ve výzkumech týmu prof. Matějčka byla stupnice třístupňová, zvolil jsem stupnici čtyřstupňovou, která eliminuje sklon hodnotit většinu žáků průměrnou (střední) hodnotou.

Hodnotící škála:

- 1 – minimální
- 2 – mírně podprůměrná
- 3 – mírně nadprůměrná
- 4 – maximálně, vysoce nadprůměrná

2.4 Analýza dat

Aby bylo možné posoudit výsledky výzkumu z hlediska potvrzení nebo nepotvrzení hypotézy, je nutné vytvořit při analýze jednotlivých získaných údajů dílčí hypotézy, které nám při kompletním hodnocení všech výsledků výzkumu.

2.4.1 Dílčí hypotézy (DH1) – osobní anamnéza

Osobní anamnéza sestává z dotazování na podstatné faktory z života jednotlivce a jejich možný vliv na odolnost vůči deprivacním vlivům. Tato část práce byla statisticky zpracována pomocí Chí-kvadrát testu nezávislosti proměnných v kontingenční tabulce a Dvouvýběrovým t-testem shodnosti průměrů. Za toto zpracování bych rád poděkoval Ing. Pavlu Plátovi

2.4.1.1 Body Mass Index

DH1a: U subjektů z experimentální skupiny bude vyšší hodnota BMI.

V tabulce 1a je uvedena průměrná hodnota BMI pro jednotlivé skupiny, minimální a maximální hodnota.

Tabulka 1a

BMI			
Skupiny	průměr	min	max
Experimentální	20,24	16,445	26,216
Kontrolní	19,64	16,33	23,459

Dílčí hypotéza DH1a byla potvrzena. Výsledky potvrzují, že hodnoty experimentální skupiny jsou skutečně vyšší než je tomu o skupiny kontrolní. Graf 1a (příloha 1), pak ukazuje rozdíl v průměru BMI mezi skupinami.

Tyto děti totiž projevují ve zvýšené míře kompenzační tendence a nedostatek citového uspokojení mohou častěji než děti z kontrolní skupiny kompenzovat přejídáním jakožto náhradním uspokojováním.

2.4.1.2 Komplikace v těhotenství

DH1b: Komplikace v perinatálním období budou vykazovat podobné výsledky v obou skupinách.

V tabulce 1ba a 1bb jsou uvedeny četnosti odpovědí ve skupinách, třístupňová hodnotící škála nabízela možnosti odpovědi (1-žádné,2-drobné,3-vážné), a statistické vyhodnocení závislosti skupin.

Tabulka 1ba

Komplikace v těhotenství (1-žádné,2-drobné,3-vážné)				
	Četnost odpovědí			
Skupiny	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
Experimentální	8	9	0	17
Kontrolní	17	0	0	17
Celkem	25	9	0	34

Tabulka 1bb

Chi-Square statistika	DF	p-value
12,24	1	0,0005

Rozdíl v odpovědích jednotlivých skupin je statisticky významný, dílčí hypotéza DH 1b se nepotvrdila. U experimentální skupiny byly poměrně časté odpovědi o drobných komplikacích, v kontrolní skupině se nevyskytovaly komplikace ani u jednoho subjektu. Tyto rozdíly jsou patrné v grafu 1b (příloha 1). Drobné komplikace byly podle získaných dat nejčastěji způsobeny nevhodným přístupem těhotných žen, zejména při užívání tabákových výrobků a konzumaci alkoholu. Toto chování mělo za následek rizikové těhotenství, které však nakonec proběhlo ve všech případech bez problémů.

2.4.1.3 Komplikace při porodu

DH1c: Komplikace při porodu budou v obou skupinách podobné.

Tabulka 1ca

Komplikace při porodu (1-žádné,2-drobné,3-vážné)				
Skupiny	Četnost odpovědí			
	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
Experimentální	14	3	0	17
Kontrolní	17	0	0	17
Celkem	31	3	0	34

Hypotéza DH1c byla na hladině významnosti 5% potvrzena, rozdíl mezi skupinami není statisticky významný. Pokud však vezmeme v úvahu hladinu významnosti 10%, je mezi skupinami statisticky významný rozdíl.

S ohledem na předporodní péči a stejně kvalitní zdravotní péči při samotném porodu, nejsou předpokládány vážnější komplikace, v menší míře se mohou vyskytnout drobné komplikace. Přesto je v obou skupinách rozdíl v počtu odpovědí o drobných komplikacích. V takto malém souboru se tento rozdíl projevuje až na hladině významnosti 10%.

2.4.1.4 Kojení

DH1d: V délce kojení je očekáván rozdíl mezi skupinami, delší doba kojení bude u kontrolní skupiny.

Tabulky 1da a 1db ukazují průměrnou dobu kojení u jednotlivých skupin v měsících. Dále je zde uvedena minimální a maximální doba kojení u obou skupin a výsledky dvouvýběrového t-testu shodnosti průměrů.

Tabulka 1da

Kojení (měsíců)				
Skupiny	průměr	min	max	SD
Experimentální	10,24	6	13	2,25
Kontrolní	14,71	11	17	2,26

Tabulka 1db

Dvouvýběrový t-test shodnosti průměrů	
t statistika	p-value
5,78	< 0,001

Hypotéza DH1d byla potvrzena, ve výsledcích obou skupin je významný statistický rozdíl, jak v celkové průměrné době kojení, tak v minimální i maximální době kojení. Rozdíl v průměrné době kojení je více než 4 měsíce viz. graf 1d. v příloze 1.

Tento rozdíl může být způsoben případným vzdáním se dítěte biologickou matkou hned po porodu nebo ještě v průběhu kojení. Tyto děti jsou pak umístěny do dětského domova a mohou se tak objevit v tomto výzkumu.

2.4.1.5 Nemocnost

DH1e: Z hlediska nemocnosti bude častější nemoc ve skupině experimentální než je tomu u subjektů ze skupiny kontrolní.

Tabulka 1ea ukazuje četnosti odpovědí v rozmezí velmi málo – běžně – často nemocný. Nejčastější odpovědí u obou skupin byla běžná nemocnost, kdy byly zmiňovány nejčastěji běžné nemoci jako angína nebo chřipka. Tabulka 1eb pak ukazuje výsledky statistického srovnání skupin. Výsledky jsou zobrazeny také v grafu 1e v příloze 1.

Tabulka 1ea

Nemocnost (1-velmi málo,2-běžně,3-často)				
	Četnost odpovědí			
Skupiny	Velmi málo	Běžně	Často	Celkem
Experimentální	0	14	3	17
Kontrolní	0	15	2	17
Celkem	0	29	5	34

Tabulka 1eb

Chi-Square statistika	DF	p-value
0,234482759	1	0,6282

Tato dílčí hypotéza DH1e nebyla potvrzena, není pozorován statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Kvalita preventivní zdravotní péče (očkování, pravidelné lékařské prohlídky) mohou výrazně snížit nemocnost. Tato péče je stejná jak u dětí v rodinách, tak i v dětských domovech. Proto se nejčastěji u obou skupin objevuje běžná nemocnost, jen v několika případech jde o častá onemocnění.

2.4.1.6 Úrazy

DH1f: Subjekty experimentální skupiny budou vykazovat větší úrazovost.

Tabulka 1f ukazuje četnosti odpovědí podle škály (1-žádné,2-drobné,3-vážné). Výsledky jsou graficky zpracovány v grafu 1f (příloha 1.).

Tabulka 1f

Úrazy (1-žádné,2-drobné,3-vážné)				
	Četnost odpovědí			
Skupiny	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
Experimentální	0	17	0	17
Kontrolní	0	17	0	17
Celkem	0	34	0	34

Hypotéza DH1f se nepotvrdila, mezi skupinami není statisticky významný rozdíl. Obě skupiny jsou naprosto identické, všechny odpovědi ukazují jen na drobné úrazy.

2.4.2 Dílčí hypotézy (DH2) - Rodinná anamnéza

Rodinná anamnéza sestává z dotazování na úplnost a funkčnost rodin. U experimentální skupiny jsou údaje získávány ze spisů jednotlivých subjektů a od sociální pracovnice. Ve skupině kontrolní pak byli dotazováni jednak rodiče dětí a také třídní učitel jednotlivých subjektů.

2.4.2.1 Úplnost rodiny

DH2a: Rodiny dětí z experimentální skupiny budou častěji neúplné.

Tabulka 2aa ukazuje četnosti odpovědí v obou skupinách, na možné odpovědi (1-úplná,2-bez otce,3-bez matky,4-oba rodiče). Tabulka 2ac pak statistické zhodnocení výsledků obou skupin. Tyto odpovědi jsou přehledně zpracovány v grafu 2a (příloha 2.).

Tabulka 2aa

Úplnost rodiny (1-úplná,2-bez otce,3-bez matky,4-oba rodiče)					
Skupiny	Četnost odpovědí				
	Úplná	Bez otce	Bez matky	Bez rodičů	Celkem
Experimentální	5	9	1	2	17
Kontrolní	12	5	0	0	17
Celkem	17	14	1	2	34

Tabulka 2ac

Chi-Square statistika	DF	p-value
5,764706	1	0,0164

Hypotéza DH2a se potvrdila, mezi skupinami je statisticky významný rozdíl. V kontrolní skupině je větší počet rodin úplných, v experimentální skupině je také jeden případ dítěte bez matky a 2 děti bez obou rodičů (oba rodiče tragicky zemřeli a děti byly svěřeny do ústavní péče). Podle statistického ukazatele poměru šancí má experimentální skupina 5,76 krát větší šanci, že se jedná o neúplnou rodinu.

2.4.2.2 Funkčnost rodiny

DH2b: U experimentální skupiny bude častější odpověď problémovosti rodiny.

Tabulky 2ba a 2bb ukazuje četnosti odpovědí o funkčnosti nebo problémovosti rodiny z pohledu její spolupráce se školou, přípravě dítěte na vyučování a také výchovné působení rodiny na dítě a další statistické zpracování.

Tabulka 2ba

Funkčnost rodiny (1-funkční,2-problémová)			
	Četnost odpovědí		
Skupiny	Funkční	Problémová	Celkem
Experimentální	0	17	17
Kontrolní	15	2	17
Celkem	25	9	34

Tabulka 2bb

Chi-Square statistika	DF	p-value
26,84	1	< 0,001

Hypotéza DH2b byla potvrzena, mezi skupinami je statisticky významný rozdíl. V experimentální skupině je nejčastější odpovědí problémová rodina, funkční rodina v této skupině zastoupena vůbec není. V kontrolní skupině převládá odpověď funkční rodina.

Rozdíl je způsoben tím, že děti v dětských domovech přicházejí z rodin s nízkým socioekonomickým statutem, navíc v některých případech jsou děti z rodin odebrány právě pro nefunkčnost rodinného prostředí.

2.4.3 Dílčí hypotézy (DH3) – školní výsledky

DH3: V experimentální skupině budou průměrné známky horší než ve skupině kontrolní, tento rozdíl bude zejména v matematice a také v chování a českém jazyce.

V tabulce jsou uvedeny průměry z jednotlivých předmětů pro obě skupiny. Pro potřeby práce byly využity údaje z posledních dvou vysvědčení (konečné 2008/2009 a pololetní 2009/2010) a z vybraných předmětů, viz. tabulka 3 a graf 3 (příloha 3.).

Tabulka 3

Školní prospěch								
	Průměr z jednotlivých předmětů							
Skupiny	ČJ	M	TV	HV	VV	PV/Tech.V	Jiné V	Chování
Experimentální	3,18	3,00	1,35	1,56	1,38	1,35	1,88	1,47
Kontrolní	2,56	2,62	1,50	1,62	1,59	1,68	2,16	1,06

Hypotéza DH3 se potvrdila, mezi skupinami je v daných předmětech významný rozdíl. V experimentální skupině jsou skutečně výsledky v matematice, českém jazyce a chování horší než ve skupině kontrolní. Odlišné výsledky jsou pak případě „výchove“, kde vykazuje kontrolní skupina horší výsledky.

Známky z českého jazyka jsou zejména při vstupu do školy považovány za ukazatele nejen inteligence, ale i sociální a kulturní úrovně. Horší prospěch z matematiky může svědčit o menším využívání schopností pro školní úspěšnost.

2.4.4 Dílčí hypotézy (DH4) – hodnocení dětí třídním učitelem

Hodnocení třídním učitelem bylo prováděno pomocí dotazníku, který byl předložen třídnímu učiteli k vyplnění. Pro hodnocení byla použita čtyřstupňová hodnotící škála.

Je vhodné poznamenat, že každou skupinu hodnotil jiný třídní učitel, což může způsobit určitou neobjektivnost nebo zkreslení dat ve srovnání obou skupin.

Hodnotící škála.

Hodnocení:
1 – minimální
2 – mírně podprůměrná
3 – mírně nadprůměrná
4 – maximálně, vysoce nadprůměrná

2.4.4.1 Hodnocení dětí třídním učitelem – žádoucí vlastnosti

DH4a: V experimentální skupině budou subjekty hůře hodnoceny ve vlastnostech žádoucích pro školní úspěšnost než skupina kontrolní.

Tabulka 4

Skupiny	Píle	Pozornost	Sebedůvěra	Pořádnost	Inteligence	Poslušnost	Obliba
E	2,82	2,71	2,12	2,94	2,71	2,94	2,59
K	2,88	2,82	2,65	3,06	2,41	3,06	3,00

Hypotéza DH4a byla potvrzena, subjekty v kontrolní skupině jsou skutečně hodnoceny jako pilnější, pozornější při školním vyučování, pořádnější, poslušnější a oblíbenější.

2.4.4.2 Hodnocení dětí třídním učitelem – sebezprosažení a upoutání pozornosti

DH4b: V experimentální skupině budou subjekty lépe hodnoceny ve vlastnostech, které pomáhají při sebezprosažení a upoutání pozornosti na sebe.

Z výsledků v tabulce 4 vyplývá, že dílčí hypotéza DH4b nebyla potvrzena. Subjekty jsou hodnoceny nižším skóre v projevech sebedůvěry, jsou méně poslušní a také v rámci kolektivu méně oblíbené. Naopak subjekty experimentální skupiny byly hodnoceny více jako inteligentní.

2.4.5 Diskuse

Pokud srovnáme celý výzkum a všechny získaná data jako jeden celistvý soubor, můžeme konstatovat rozdíl mezi kontrolní a experimentální skupinou. Tento rozdíl ukazuje na nález subdeprivace v experimentální skupině. Pokud srovnáme dílčí hypotézy, zjistíme, že 7 dílčích hypotéz bylo potvrzeno, 4 potvrzeny nebyly.

Při zkoumání osobní anamnézy byla zjištěna přítomnost subdeprivace v experimentální skupině u ukazatelů BMI, komplikací v těhotenství, při porodu a v délce kojení. Naopak rozdíly ve skupinách nebyly významné v četnosti onemocnění a množství a závažnosti úrazů. Tento oddíl poukazuje na přítomnost subdeprivace v experimentální skupině.

V rodinné anamnéze byly nalezeny očekávané rozdíly mezi skupinami, v experimentální skupině je mnohem větší pravděpodobnost na situaci neúplné rodiny (podle statistické ukazatele poměr šancí). Také ve funkčnosti rodin byl významný rozdíl. Také tento oddíl výzkumu ukazuje na subdeprivaci, potvrzuje rodinné prostředí, které mohlo takto na děti působit.

Také školní výsledky jsou horší u skupiny experimentální, děti z této skupiny mají v průměru horší známky než děti ve skupině kontrolní. Přestože rozdíly v inteligenci mezi skupinami nejsou velké, výsledky školní úspěšnosti nasvědčují, že děti experimentální skupiny nevyužívají své schopnosti tak, jako děti ve skupině kontrolní.

Závěrečná část výzkumu – hodnocení dětí třídním učitelem pak ukazuje na jedné straně menší píli, pozornost a pořádnost (pečlivost). Naopak se nepotvrdila dílčí hypotéza o větší snaze sebeprosazení a upoutání pozornosti na sebe, mají menší sebedůvěru a jsou ve skupině méně oblíbení.

Závěr

Po vyhodnocení dat získaných vlastním výzkumem můžeme konstatovat, že byla identifikována ve sledovaném souboru subdeprivace. Ve shodě s dřívějšími studiemi týmu prof. Matějčka a dalších byla subdeprivace nalezena v prostředí ústavní výchovy. To potvrzuje odborníky často přijímaný názor o větší rizikovosti tohoto prostředí právě pro vznik deprivčního prostředí a následného působení těchto vlivů na vývoj jedince.

Konkrétně v této bakalářské práci byla hypotéza H1 potvrzena, v experimentální skupině byly zjištěny odlišné subdeprivční projevy než ve skupině kontrolní.

Hypotéza H2 pak potvrzena nebyla, subdeprivční projevy byly v experimentální skupině identifikovány, což ukazuje, že subdeprivace nebyla stylem výchovy potlačena.

Výsledky tedy jednoznačně ukazují na odlišné výsledky v experimentální skupině, deprivční prostředí působí na děti u v dětském domově rodinného typu. Jako možné příčiny je možné označit nedostatečné citové přilnutí s vychovateli ze strany dětí, dále pak i přes snahu o maximální přiblížení podmínkám rodiny, jde stále jen o jiný typ ústavní péče (společné stravování, společné vícedenní akce mimo budovu dětského domova). Veškerá tato snaha nedokáže vytvořit naprosto identické prostředí funkční rodiny, což může deprivaci a subdeprivaci sice zmírňovat, ale nedokáže ji úplně potlačit.

S ohledem na velikost zkoumaného vzorku není možné z této práce vyvozovat obecné závěry platné pro všechny dětské domovy. Velikost obou skupin není dostačující k vytvoření dostatečně reprezentativního vzorku.

Další příčinou možného zkreslení výsledků, kterou se nepodařilo odstranit je fakt, že některé části byly vyplňovány různými osobami pro obě skupiny (u dotazníků Hodnocení dětí třídním učitelem). Jistě by bylo vhodné, aby byly obě skupiny ze stejné školy a hodnoceny tak stejnými pedagogy, taková škola pro děti z dětských domovů i z rodinného prostředí a zároveň s dostatečným počtem subjektů vhodných pro výzkum se bohužel nepodařilo najít.

Dále není možné vyloučit vliv pozitivního zkreslení poskytnutých údajů u kontrolní skupiny. Tyto dotazníky vyplňovali rodiče dětí, kteří mohou svoje děti vnímat jako lepší, schopnější a také mohou svoji vlastní rodinu prezentovat jako více se blížící obecně přijímanému ideálu. Toto zkreslení bylo zmírněno dotazováním na rodinné prostředí ve škole dítěte.

Výsledky výzkumu je možné v budoucnu použít jako základní data pro další vědeckou práci. Je například možné zvolit další testovací metody jako dotazníky pro samotné děti, podrobnější rodinnou anamnézu, přímým pozorováním nebo nějakou projektivní metodou. Další možností je rozšíření skupin o skupinu dětí v pěstounské péči a skupinu dětí osvojených. Pak by bylo možné tyto skupiny vzájemně porovnat z hlediska přítomnosti nebo naopak potlačení deprivacních a subdeprivacních procesů.

Takové rozšíření by bylo vhodné s ohledem na potřebu dalšího zkoumání problematiky deprivace a subdeprivace a jejich vlivu na rychlost a kvalitu vývoje u dětí a mládeže v různém výchovném prostředí.

Použité zdroje:

Archerová, C. *Dítě v náhradní rodině: nejčastější problémy při výchově mladších dětí v náhradní rodině*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-578-4.

Čáp, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. Praha: Universita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-534-3.

Čáp, J.; Mareš, J. *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.

Dunovský, J. et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

Dytrich, Z.; Matějček, Z.; Schuller, V.; *Nechtěné děti*. Zpráva 1975 číslo 34 Výzkumný ústav psychiatrický, Praha: Středočeské tiskárny Kladno, 1975.

Koluchová, J. *Diagnostika a reparabilita psychické deprivace*. Praha: SPN, 1987. ISBN neuvedeno.

Kulišťák, P. *Neuropsychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-554-7.

Langmeier, J.; Matějček, Z. *Psychická deprivace v dětství*. 3., doplněné vydání, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1974. ISBN

Matějček, Z.; Bubleová, V.; Kovařík, J.; *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Zpráva číslo 132 Psychiatrické centrum, Praha: Matisk, 1997. ISBN 80-85121-89-1.

Matějček, Z., et al. *Osvojení a pěstounská péče*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.

Matějček, Z.; Langmeier, J. *Výpravy za člověkem*. Praha: Odeon, 1981. ISBN

Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie I.*, dotisk prvního vydání, Praha: Universita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.

Přílohy:

Příloha 1 – Osobní anamnéza

Příloha 2 – Rodinná anamnéza

Příloha 3 – Školní výsledky

Příloha 4 – Hodnocení dětí třídním učitelem

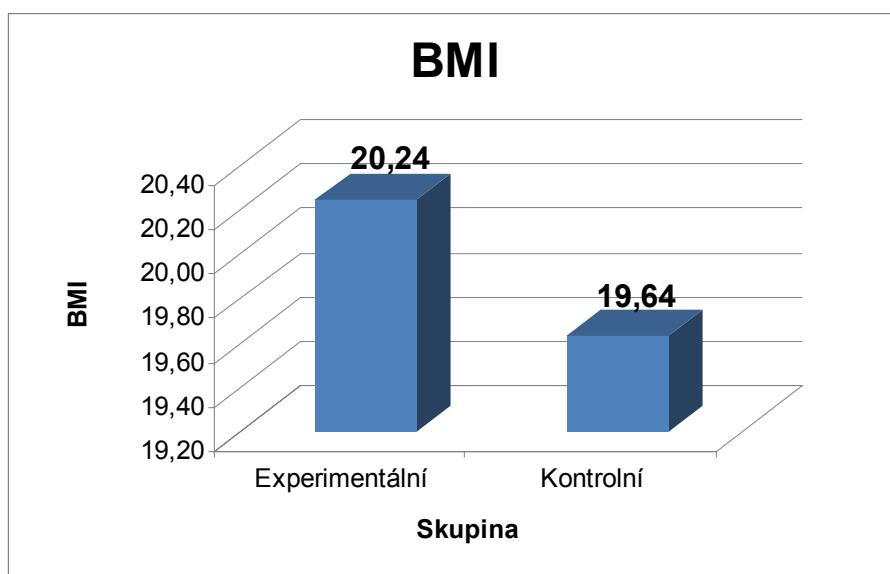
Příloha 1.

Body Mass Index

Tabulka 1a

BMI			
Skupiny	průměr	min	max
Experimentální	20,24	16,445	26,216
Kontrolní	19,64	16,33	23,459

Graf 1a



Komplikace v těhotenství

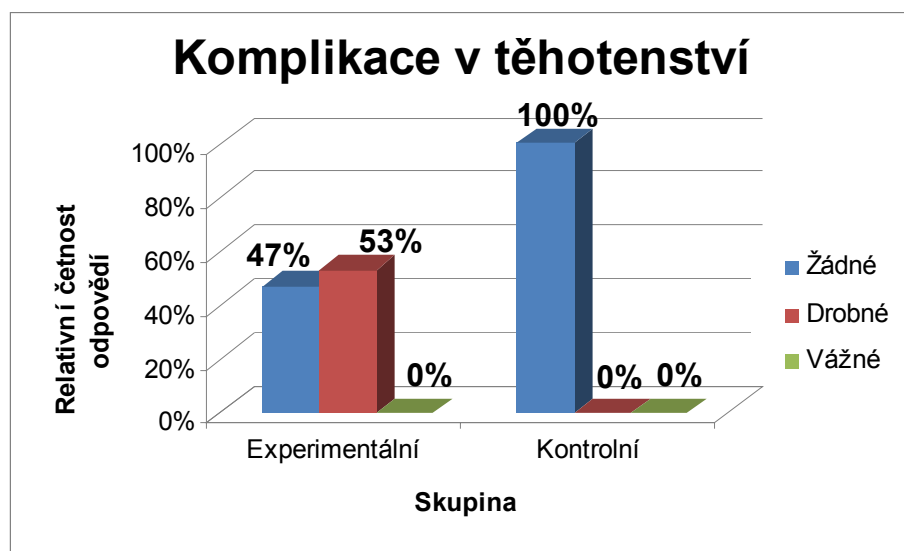
Tabulka 1ba

Komplikace v těhotenství (1-žádné,2-drobné,3-vážné)								
Skupiny	Četnost odpovědí				Relativní četnost			
	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
E	8	9	0	17	47%	53%	0%	100%
K	17	0	0	17	100%	0%	0%	100%
Celkem	25	9	0	34				

Tabulka 1bb

Chi-Square statistika	DF	p-value
12,24	1	0,0005

Graf 1b



Komplikace při porodu

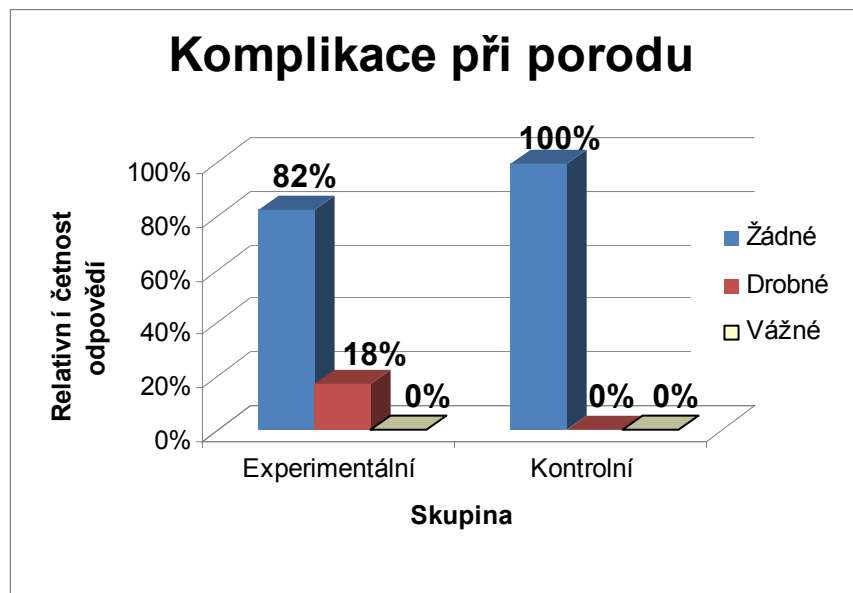
Tabulka 1ca

Komplikace při porodu (1-žádné,2-drobné,3-vážné)								
Skupiny	Četnost odpovědí				Relativní četnost			
	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
Experimentální	14	3	0	17	82%	18%	0%	100%
Kontrolní	17	0	0	17	100%	0%	0%	100%
Celkem	31	3	0	34				

Tabulka 1cb

Chi-Square statistika	DF	p-value
3,290322581	1	0,0697

Graf 1c



Kojení

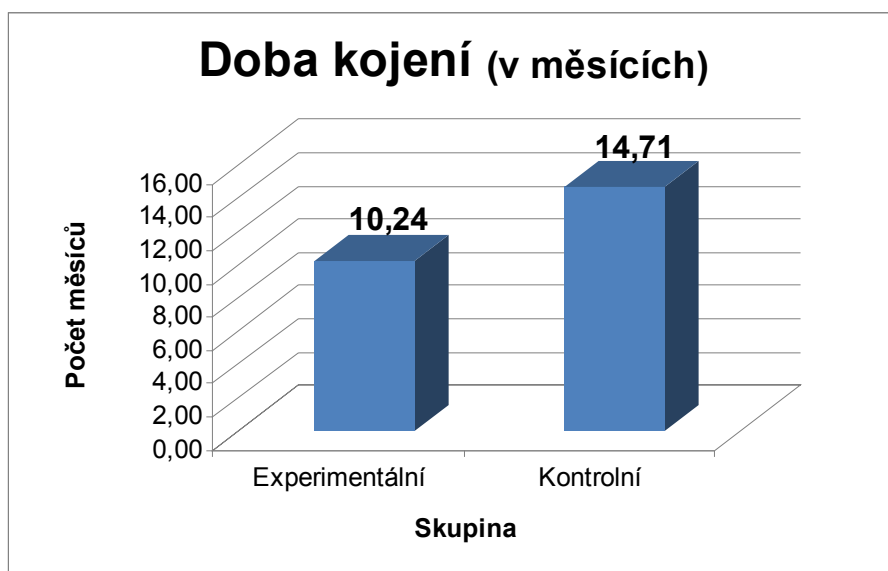
Tabulka 1da

Kojení (měsíců)				
Skupiny	průměr	min	max	SD
Experimentální	10,24	6	13	2,25
Kontrolní	14,71	11	17	2,26

Tabulka 1db

Dvouvýběrový t-test shodnosti průměrů	
t statistika	p-value
5,78	< 0,001

Graf 1d



Nemocnost

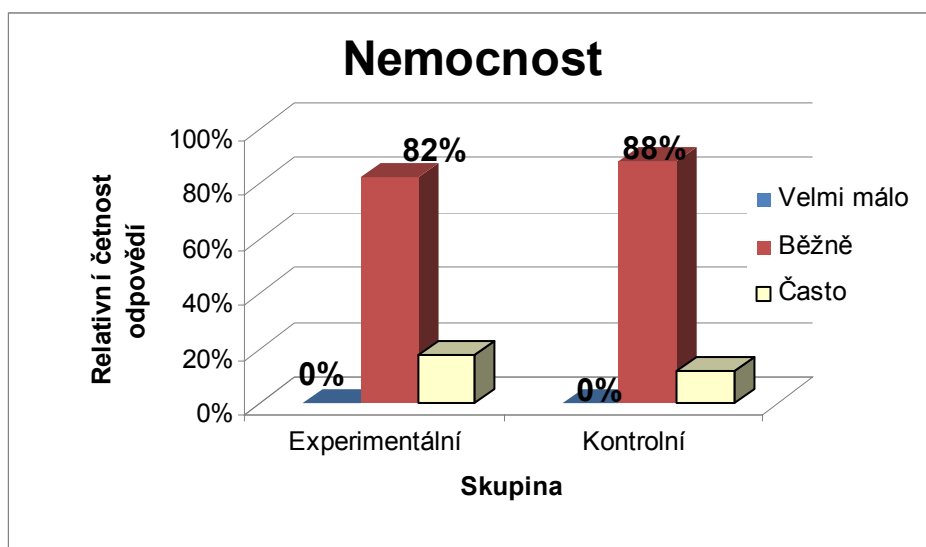
Tabulka 1a

Nemocnost (1-velmi málo,2-běžně,3-často)								
	Četnost odpovědí				Relativní četnost			
Skupiny	Velmi málo	Běžně	Často	Celkem	Velmi málo	Běžně	Často	Celkem
Experimentální	0	14	3	17	0%	82%	18%	100%
Kontrolní	0	15	2	17	0%	88%	12%	100%
Celkem	0	29	5	34				

Tabulka 1b

Chi-Square statistika	DF	p-value
0,234482759	1	0,6282

Graf 1e

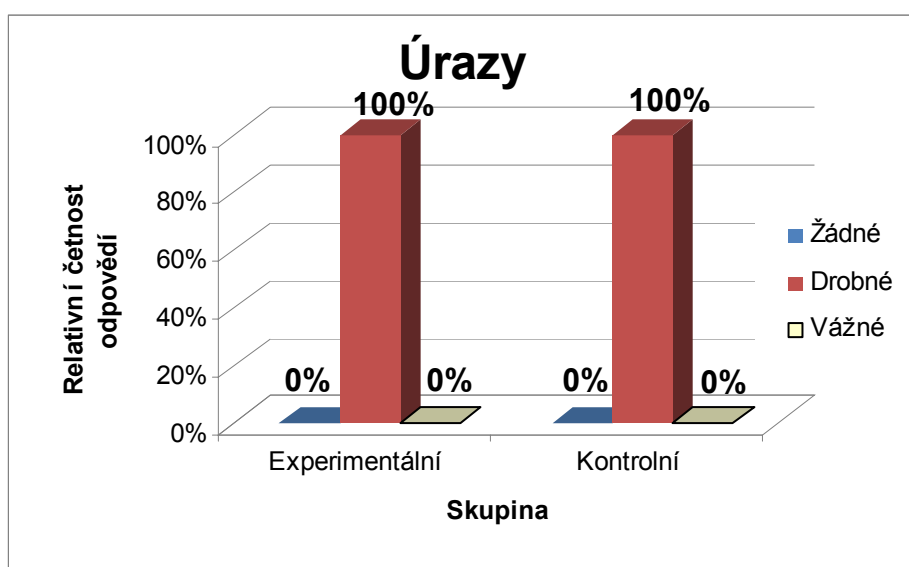


Úrazy

Tabulka 1f

Úrazy (1-žádné,2-drobné,3-vážné)								
Skupiny	Četnost odpovědí				Relativní četnost			
	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem	Žádné	Drobné	Vážné	Celkem
Experimentální	0	17	0	17	0%	100%	0%	100%
Kontrolní	0	17	0	17	0%	100%	0%	100%
Celkem	0	34	0	34				

Graf 1f



Příloha 2.

Úplnost rodiny

Tabulka 2aa

Úplnost rodiny (1-úplná,2-bez otce,3-bez matky,4-oba rodiče)					
	Četnost odpovědí				
Skupiny	Úplná	Bez otce	Bez matky	Bez rodičů	Celkem
Experimentální	5	9	1	2	17
Kontrolní	12	5	0	0	17
Celkem	17	14	1	2	34

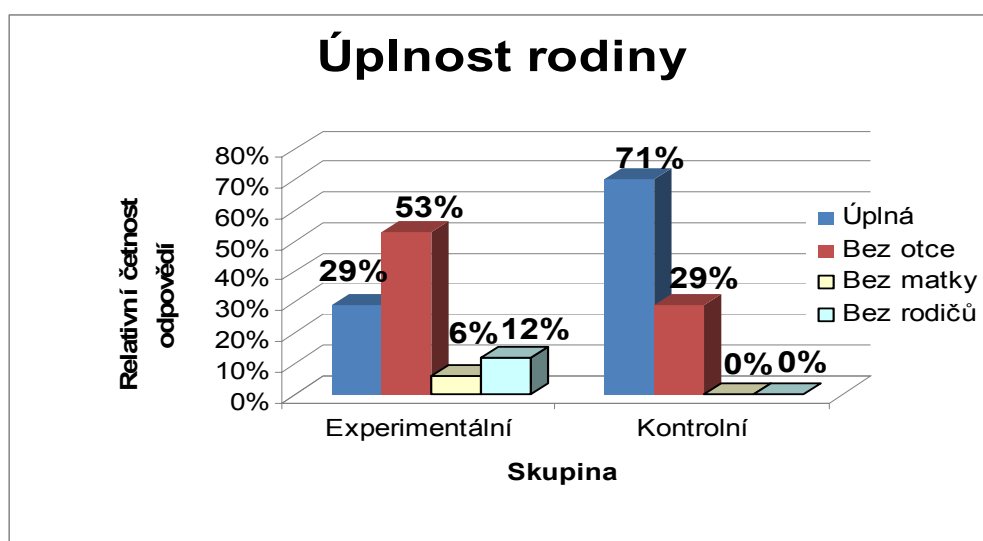
Tabulka 2ab

	Relativní četnost				
Skupiny	Úplná	Bez otce	Bez matky	Bez rodičů	Celkem
E	29%	53%	6%	12%	100%
K	71%	29%	0%	0%	100%

Tabulka 2ac

Chi-Square statistika	DF	p-value
5,764706	1	0,0164

Graf 2a



Funkčnost rodiny

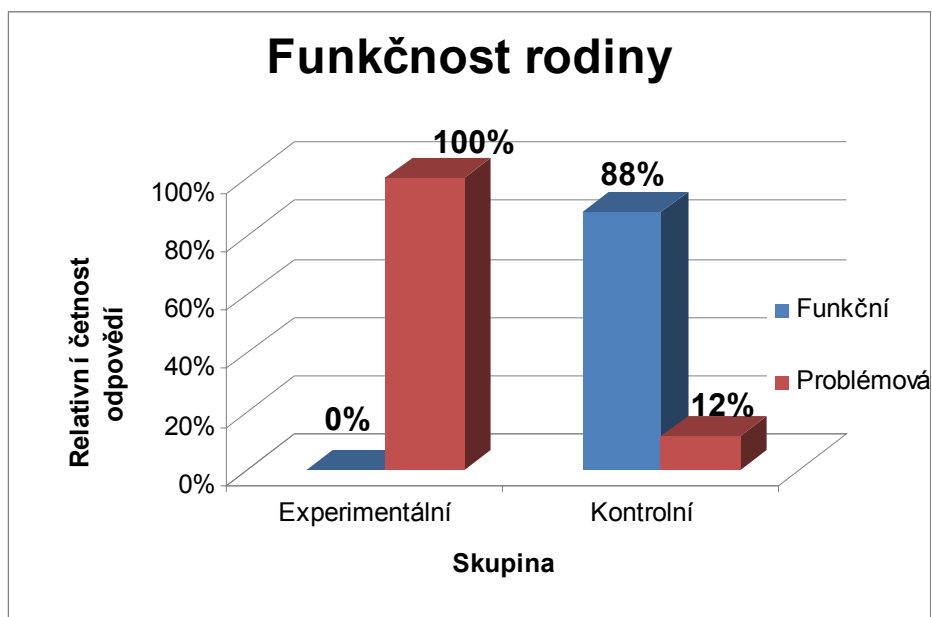
Tabulka 2ba

Funkčnost rodiny (1-funkční, 2-problémová)						
Skupiny	Četnost odpovědí			Relativní četnost		
	Funkční	Problémová	Celkem	Funkční	Problémová	Celkem
Experimentální	0	17	17	0%	100%	100%
Kontrolní	15	2	17	88%	12%	100%
Celkem	15	19	34			

Tabulka 2bb

Chi-Square statistika	DF	p-value
26,84	1	0,0000

Graf 2b



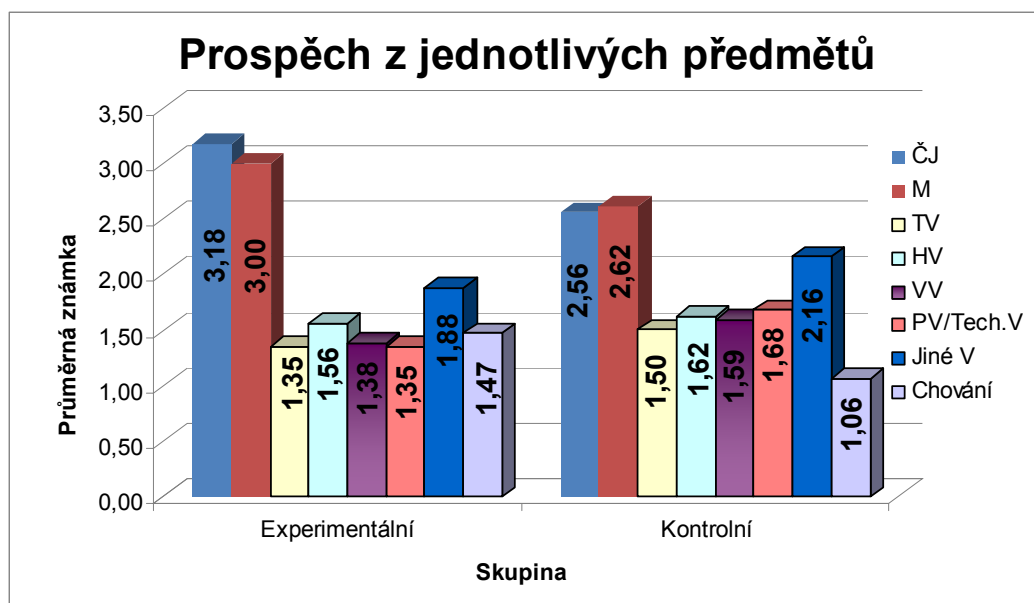
Příloha 3

Školní výsledky

Tabulka 3

Školní prospěch								
	Průměr z jednotlivých předmětů							
Skupiny	ČJ	M	TV	HV	VV	PV/Tech.V	Jiné V	Chování
Experimentální	3,18	3,00	1,35	1,56	1,38	1,35	1,88	1,47
Kontrolní	2,56	2,62	1,50	1,62	1,59	1,68	2,16	1,06

Graf 3



Příloha 4

Hodnocení dětí třídním učitelem

Tabulka 4

Skupiny	Píle	Pozornost	Sebedůvěra	Pořádnost	Inteligence	Poslušnost	Obliba
E	2,82	2,71	2,12	2,94	2,71	2,94	2,59
K	2,88	2,82	2,65	3,06	2,41	3,06	3,00

Graf 4

