

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

*Nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže
- jejich prevence, řešení, terapie*

Disertační práce
v oboru: Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí,
dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Martina Ramešová

Školitel: Prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc.

2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma „Nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže - jejich prevence, řešení, terapie“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne 10. srpna 2007

.....

Poděkování

Děkuji školiteli disertační práce Prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. za cenné rady a vedení předkládané práce. Za ochotu při realizaci výzkumu děkuji přednášejícím ZSF JU v CB, kteří mi umožnili dotazníkové šetření u studentů.

*Most frequent reasons for crisis intervention concerning children and juveniles
– their prevention, solutions and therapy*

Crisis intervention may be defined as specialized help provided to the persons who are sustaining a crisis. It consists of various forms of help that are to return an individual their psychological balance impaired by a critical life event. The work with children and juveniles requires specific knowledge and skills. Every worker providing crisis intervention to children and juveniles should be acquainted not only with development psychology but also the life cycle of a family, development crises in a marriage, and their expressions and patterns, particularly because most children grow in families so their families form their basic living space.

The objective of this paper was to map the most frequent reasons for crisis interventions for children and juveniles, and to present the possibilities of prevention and therapy. A pre-research has been undertaken to test the chosen methods and categories. The research group consisted of 401 users of services provided by the Crisis Centre of České Budějovice (KC CB) and 292 informants in a questionnaire survey. The research was focused not only on ascertainment of the most frequent reasons for crisis intervention in the target group but also on creation of a primary system of the processed data about the users of services provided by the KC CB and for assessment of awareness of the specialized public (represented by the students of the ZSF JU in České Budějovice). The data collection methods were the work with personal documentation (the users of services provided by the KC) and a questionnaire (the students of the ZSF JU in České Budějovice). The data has been processed using the statistic programme SPSS, Base module, 13.0 version.

As the most frequent reasons for crisis intervention in the target group, the results revealed behaviour disorders (21.4 %). Divorce as the reason for crisis intervention was proven in 31.9 % cases. The results further established that in 58.6 % cases of the users of services provided by KC CB, the workers cooperated with another institution, whereof in 192 cases with one institution and in 43 cases with two institutions. It follows from the questionnaire survey that most of students of the ZSF JU in České Budějovice are able to define a crisis intervention, and that the students' answers show variability of the stated information sources on crisis intervention.

Obsah

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1. Krize a její definice	8
1.2. Řešení krize	10
1.3. Odborná pomoc v krizi – krizová intervence (KI)	13
1.3.1. Vymezení krizové intervence.....	13
1.3.2. Specifika KI u dětí.....	14
1.3.3. KI u dospívajících.....	15
1.4. Právní aspekty KI	16
1.5. Násilí	19
1.5.1. Druhy násilí.....	19
1.5.2. KI v případě násilí páchaného na dětech.....	20
1.5.3. Problémy spojené s rozpadem rodiny.....	21
1.5.4. Úmrtí jednoho z rodičů.....	23
1.6. KI x psychoterapie	24
1.7. Psychoterapie dětí a mládeže	25
1.7.1. Dělení psychoterapie.....	25
1.7.2. Cíl psychoterapeutické činnosti.....	26
1.7.3. Druhy psychoterapeutické činnosti.....	28
1.7.3.1. Řízená stimulace jednotlivých funkcí.....	29
1.7.3.2. Hra.....	29
1.7.3.3. Cílená činnost.....	29
1.7.3.4. Tvůrčí činnosti.....	30
1.7.3.5. Rozhovor.....	31
1.7.3.6. Zásahy do prostředí dítěte.....	32
1.8. Pracoviště KI	32
1.8.1. Krizová centra.....	32
1.8.2. Linky důvěry.....	35
1.9. Prevence	37
1.10. Vybrané mezinárodní dokumenty deklarující právo dětí na pomoc státu	39
2. PŘEDVÝZKUM	41
2.1. Cíl	41
2.2. Metody sběru dat	41
2.2.1. Práce s osobní dokumentací.....	41
2.2.2. Dotazník.....	41
2.3. Výzkumný soubor	42

2.3.1. Výzkumný soubor – práce s osobní dokumentací	42
2.3.2. Výzkumný soubor – dotazník	42
2.4. Výsledky předvýzkumu	43
2.4.1. Práce s osobní dokumentací	43
2.4.2. Dotazník	45
2.5. Diskuze k předvýzkumu	45
3. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	47
3.1. Cíl práce	47
3.2. Hypotézy	47
4. METODIKA	48
4.1. Sběr dat	48
4.2. Zpracování dat	49
4.2.1. Zpracování dat z osobní dokumentace	49
4.2.2. Zpracování dat z dotazníkového šetření	50
4.2.3. Zpracování dat pro potřeby testování hypotéz	53
4.2.4. Doplnující údaje	55
4.3. Použité statistické metody	55
4.3.1. Chí-kvadrát test nezávislosti	55
4.3.2. Znaménkové schéma	56
4.3.3. Variabilita kategorizované proměnné	56
4.3.4. Test shody relativní četnosti s danou hodnotou	57
4.4. Výzkumný soubor	58
4.4.1. Výzkumný soubor krizová centra	58
4.4.2. Výzkumný soubor dotazník	60
5. VÝSLEDKY VÝZKUMU	63
5.1. Výsledky práce s osobní dokumentací	63
5.2. Výsledky dotazníkové šetření	80
5.3. Doplnující výsledky k hypotézám	90
5.3.1. Hypotézy týkající se uživatelů služeb KC CB	90
5.3.2. Hypotézy týkající se studentů ZSF JU v CB	95
6. DISKUSE	96
7. NÁVRHY ŘEŠENÍ	103
8. ZÁVĚR	105
9. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	108
10. KLÍČOVÁ SLOVA	117
11. PŘÍLOHY	118

Úvod

K problematice krizové intervence jsem se dostala díky práci v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, kde pracuji již čtvrtým rokem. V životě každého z nás jsou obtížné situace. S většinou z nich si sami poradíme a umíme je zvládnout. Jsou však takové situace, se kterými si sami neumíme poradit a pak se obracíme na odbornou pomoc. Děti a dospívající mají cestu k pomoci obtížnější, často ani neví, kde ji najít, na koho se obrátit a že vlastně na tuto pomoc mají právo. Ve volbě tématu mé disertační práce jsem proto měla jasno hned od doby mého rozhodnutí zahájit doktorské studium.

Obtížnější bylo specifikovat konkrétní oblast mé disertační práce. Odborná literatura pojednává o mnoha aspektech krizové intervence. Knihy se však zaměřují převážně jen na určitou část této problematiky. Za cíl své práce jsem si zvolila podat ucelený přehled nejen o možnostech pomoci, ale také o terapii a prevenci vzniku krizových situací u dětí a mládeže.

Dlouho jsem přemýšlela, jak v úvodu vystihnout podstatu krizové intervence. Nakonec mi pomohl citát z jedné knihy, který krizovou intervenci definuje z druhé stránky – popisuje tedy to, co rozhodně krizová intervence poskytovat nemá.

Mnohokrát a opakovaně jsem zaslechl, že někdo někomu sděluje svá trápení a jeho protějšek, sotva si vyslechne svěřované potíže, bezprostředně reaguje slovy: „To já na tvém místě...“, a pak následuje snůška rad, ke kterým ten, co je pronáší, dospěl za zcela jiných souvislostí, než ten, kdo si právě stěžuje na své potíže. Taková slova pokládám za neslušnost a hloupost. Proč za neslušnost? Když je někdo v krizovém stavu a neví kudy kam, pak nepotřebuje nikoho „kdo by byl na jeho místě...“. On přece hledá sám sebe. A proč to pokládám za hloupost? Prostě proto, že oba partneri vědí, že kdo se chystá udílet rady, není na místě toho, komu má být rada udělena. Každý přeci žijeme svůj život a životní příběhy se od sebe liší (Eis, 1994, s. 88 – 89).

1. Současný stav

1.1. Krize a její definice

Pro uvedení do problematiky krizové intervence je třeba nejdříve popsat, co to vlastně je krize, její typologii a fáze prožívání krizového stavu. Díky vysvětlení těchto základních pojmů poté snáze pochopíme specifika krizové intervence.

Definicí pojmu krize se zabývá ve svých knihách mnoho autorů. Pro svou práci použiji charakteristiku Vymětala. Ten definuje krizi jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí, zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem (in Vodáčková, 2002, s. 29).

Krizi však nelze chápat pouze jako něco negativního. Můžeme ji vymežit i v kladném slova smyslu a to tak, že přináší možnost zásadní změny – je tedy nejen nebezpečím, ale zároveň příležitostí.

Co tedy způsobuje vznik krize? Příčinami vzniku se blíže zabýval fyzik René Thom ve své teorii katastrof. Jako vnější urychlovače (precipitory) krize označil tři aspekty:

- ztrátu objektu (např. smrt, rozchod, potrat dítěte)
- změnu (zdravotního stavu, rodinného, pracovního)
- volbu mezi dvěma stejnými kvalitami - příběh Sofiiny volby (in Špatenková, 2004a).

Dvěmi základními vnitřní precipitory jsou:

1. Nutnost adaptace subjektu na svůj vlastní vývoj a změny z toho pramenící, to znamená, že precipitorem může být právě neschopnost vyhovět požadavkům vývoje, nárokům, zodpovědnosti.
2. Jev, který Thom nazývá pojmem náhradní opatření – abychom zvládli nepříznivé podmínky, přijmeme opatření, které nám v danou chvíli pomůže překonat překážku, ale samotný problém se tím nevyřeší. Toto řešení má omezenou platnost v čase (in Špatenková, 2004a).

Vodáčková (2002) k tomuto dodává, že pokud se neobjeví východisko a podpora, stav se zdánlivě stabilizuje, ale ve skutečnosti se něco uvnitř zapouzdřilo, aby se to v určité chvíli a za určitých podmínek znovu v pozměněné podobě objevilo.

Při vzniku určité reakce organismu musí dojít k propojení vnějších a vnitřních faktorů – princip dvojí kvantifikace (Vymětal, 2002). S tímto rozdělením faktorů pracuje klasifikační systém typologie krizí, který vytvořil Baldwin. Systém klasifikace je založen na odstupňování závažnosti krize. Při posunu od třídy 1 ke třídě 6 se krize stává závažnější a zdroj stresu přechází od vnějšího ke vnitřnímu:

1. Situační krize – spouštěčem je obvykle událost náhle vzniklá, která jedince ohrožuje, uvádí ho do situace tísné nebo nouze a vzbuzuje v něm úzkost a dojem neodkladnosti naléhavosti řešení. S krizemi situačními se setkáváme nejčastěji, neboť se jimi projevují a za nimi skrývají i další typy krizí – situační krize pak nabývají podoby poslední kapky.
2. Krize z očekávaných životních změn - antropologové považují lidský život za postupné přecházení od jednoho věku k dalšímu a od jednoho zaměstnání k jinému. Přechodové období mívá tři složky:
 - prožitek ztráty při loučení s tím, co bylo
 - bezčasí, kdy člověk není už tím, čím byl, a ještě není tím, čím bude
 - osvojení si zisku nového.
3. Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru – to jsou ty, které lidi nazývají ranami osudu, přicházejí náhle a neočekávaně a ohrožují tělesnou nebo duševní integritu.
4. Krize zrání, krize z neřešených vývojových změn – objevují se tam, kde některé ze základních vývojových otázek (důvěra, soběstačnost, identita a intimita apod) byly potlačeny, neřešeny nebo narušeny, a situační spouštěč jejich porušenost ožíví.
5. Krize pramenící ze zranitelnosti – sem patří krize u lidí zvýšeně zranitelných v důsledku psychické poruchy nebo sociální situace.
6. Neodkladné krizové stavy – tato kategorie mluví spíše o projevu chování nežli o příčinách. Patří sem situace, kdy člověk ztrácí velký díl zodpovědnosti za svoje chování (např. pod vlivem drog či alkoholu) a může se stát nebezpečným sobě či svému okolí (in Baštecká, 2005).

Baldwinovu typologii krizí z roku 1987 rozšiřují Burgessová a Roberts na sedm úrovní krizí: od tělesné nepohody přes přechodovou a traumatickou zátěž k rodinným krizím, vážnému duševnímu onemocnění a psychiatrickým neodkladnostem k pohromě. Pohroma znamená, že člověk prošel dvěma nebo více traumatizujícími událostmi, ke kterým se přidružila krize rodinná nebo vážná duševní porucha (in Baštecká, 2005). Na vznik, vývoj a řešení krize se můžeme dívat jako na proces, který netrvá příliš dlouho, ale má určitou zákonitou posloupnost. Jedním z předních teoretiků, který definoval fáze krizového stavu, je například Caplan:

1. fáze: Vnímáme ohrožení. Důsledkem je zvýšená úzkost. Člověk zaktivizuje obvyklé vyrovnávací strategie. Pokud se toto neosvědčí, nastupuje druhá fáze. Odehrává se v horizontu minut až hodin, maximálně několika dnů.
2. fáze: Pocit zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Může se objevit ochromení či se člověk pokouší vyrovnat se situací náhodným způsobem. Pokud úzkost přetrvává a řešení nenastává, vstupuje člověk do další fáze. Tato fáze se odehrává v horizontu hodin až několika dnů.
3. fáze: Snaha o předefinování krize s nadějí, že důvěrně známé prostředky budou úspěšné či pomohou nové způsoby řešení. V této fázi je člověk nejpřístupnější pomoci. Tuto pomoc vyhledává spontánně. Odehrává se během několika hodin a dnů.
4. fáze: Závažná psychologická dezorganizovanost. Úzkost a reakce na ni se podobají stavům paniky. Objevují se hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Síla vnitřního utrpení zkresluje vnitřní prožívání – zorné pole člověka má tendenci se zužovat na úzký úsek vjemů. Pomoc v této fázi člověk vyhledá zpravidla na pokud okolí. Odehrává se v horizontu dnů až týdnů (in Brohl, 1996).

1.2. Řešení krize

Krize jsou považovány za nevyhnutelnou součást života. V dobrém vyústění pomáhají růstu a zrání člověka. Krize v našem životě se ponejvíce řeší samy od sebe,

samovolně. Zásadní roli v jejich průběhu zaujímají lidé kolem nás a vztahy, které s nimi máme.

Řešení krize je závislé na těchto činitelích:

1. realistický odhad precipitujících událostí
2. dosažitelnost podpůrné sítě
3. dosažitelnost vyrovnávacích (coping) strategií (Vodáčková, 2002, s. 45).

Každý člověk má svůj repertoár vyrovnávacích strategií, které si vytváří během svého života. Zároveň je však vybaven vrozenými vyrovnávacími strategiemi, které jsou dány nejen lidem, ale také zvířatům a mají za úkol zajistit přežití. Mezi základní reakce na zátěž patří útok, útek, ochromení (Garrick, 2005).

Mezi adaptivní a vědomé strategie, které lze při zátěži využít, ale často nejsou využívány patří:

1. Kontakt s pocity, schopnost ulevit si pláčem, hněvem – mnoho lidí je však v zátěži zaskočeno vlastními emocemi, které jsou silné natolik, že je obtížné je skrývat, mnozí z nich se za ně omlouvají, stydí.
2. Schopnost sdílet a sdělovat - schopnost a dovednost přizvat blízké lidi k tomu, co prožíváme je velmi užitečná. Někdo se takový krok bojí učinit, nechce riskovat sebeodhalení.
3. Dobrý kontakt s tělem – ve stresu míváme tendenci nevnímat své vlastní tělesné prožitky a potřeby, přesto je však kontakt s tělem důležitý indikátor, toho, co se děje. Tělová reakce často předchází vědomí a při troše vnímavosti vůči sobě je možné zachytit, že se něco děje ještě dříve, než je to zjevné.
4. Kontakt s vlastními potřebami – krize někdy přináší nutnost zabývat se vlastními niternými potřebami, protože možná byly v předchozím životě opomíjeny, přehrazeny a nyní nastal moment, kdy staré neuspokojené potřeby konečně přicházejí ke slovu.
5. Vědomí vlastních hranic – krizová situace vede někdy ke konfrontaci s mezemi vlastní únosnosti a vede dále k potřebě se vymezit tam, kde to doposud nebylo možné nebo si člověk tuto potřebu neuvědomoval. Mnohdy jde o nový a velmi příznivý zážitek a někdy jen o utvrzení v něčem, co člověk už do jisté míry tušil.

6. Orientace v situaci využitím dostupných prostředků a informací – člověk v krizi si mnohdy potřebuje uspořádat své vlastní již získané informace, většinou jich sám má velké množství, jen se mu nyní ztrácejí ze zorného pole.
7. Schopnost využít vlastní starší zkušenost – pokud člověk překoná prvotní šok a ochromení, zjistí, že může mnohdy využít dosavadní zkušenosti, které získal ve svém životě.
8. Schopnost využít existence a zkušenosti blízkých lidí – zkušenosti blízkých lidí můžeme využít, pokud jsou pro nás přijatelné, fáze řešit krizi s rodinou a přáteli je důležitou součástí vyrovnávacího procesu – má však také svoje úskalí – např. nereálná očekávání od toho druhého.
9. Schopnost využít potenciálu přirozené komunity – síla komunity vede k nenásilné podpoře těch, kteří mají problémy a potřebují je řešit. Děje se tak na principu vzájemnosti.
10. Schopnost využít vzorců kolektivního chování – patří se především společenské rituály, které umožňují vypořádat se s různými náročnějšími životními situacemi.
11. Inspirace literárními příběhy – příběhy nejen vyprávějí, ale také učí, obohacují a rozšiřují naši vlastní sféru možností.
12. Otevřenost neobvyklým tvořivým řešením zapojení fantazie.
13. Víra a naděje – ve zlepšení, v budoucnost, ve spravedlivost boží bytosti dává v těžkých chvílích přesah vedoucí do lepšího světa.
14. Smysl utrpení – ve chvílích, kdy člověk zná význam těžkosti, kterou prožívá, získává důležité souřadnice ve smyslu proč, jaký to má smysl a co tím má získat. V takových situacích pak může dočasné utrpení vnímat jako zákonitou cestu vedoucí k vyšší kvalitě bytí (Goldmanová, 2000, Vodáčková, 2002).

Zmatek a chaos může být někdy příliš velký, nepřehledný, nestrukturovaný. Jedině se v něm snadno ztratí a potřebuje pomoc – najít sám sebe a najít svou cestu k druhým lidem a k životu vůbec. Tato pomoc se jmenuje krizová intervence (Špatenková, 2004b, s. 157).

1.3. Odborná pomoc v krizi – krizová intervence (KI)

1.3.1. Vymezení krizové intervence

Krizovou intervencí můžeme vymežit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Špatenková, 2004a, s. 39)

Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí (Špatenková, 2004b, s. 15).

Specifické znaky KI:

- okamžitá pomoc – poskytnutí pomoci by mělo být tak rychlé, jak je to jen možné
- redukce ohrožení – utváření emocionální podpory, zajištění pocitu bezpečí a pomoc materiální
- koncentrace na problém „tady a teď“ – analýza historie krize a historie klienta je potřebná pro porozumění podstaty a hloubky krizových reakcí, ale KI jako taková se zaměřuje na aktuální situaci a aktuální problém
- časové ohraničení – do 6 – 10 setkání pravidelně přinejmenším jednou týdně, v případech krátkodobé hospitalizace do 6 – 10 dní respektive nocí
- intenzivní kontakt – četnost kontaktů může být relativně vysoká např. i každodenní
- strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní přístup - od trpělivého, empatického naslouchání až po direktivní zásah v situaci ohrožení zdraví či života
- individuální přístup – krize je subjektivní záležitost, proto mohou různí lidé reagovat na stejné krizové situace různými způsoby a za daných okolností budou potřebovat něco jiného (Pešová, Šamalík, 2006).

Formy odborné pomoci v krizi můžeme klasifikovat podle různých kritérií, např. podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem můžeme hovořit o:

- prezenční formě pomoci
- distanční formě pomoci (Yuen, 2005).

Prezenční pomoc zahrnuje ambulantní formu pomoci, hospitalizaci, terénní a mobilní služby. Ambulantní pomoc je poskytována klientům, kteří se osobně dostaví do ambulance nějaké instituce primárně určené k poskytování pomoci lidem v krizi,

případně instituce, v jejíž kompetenci je poskytování krizové intervence sekundárně (ordinace klinického psychologa či psychiatra). Hospitalizací je míněno krátkodobé umístění klienta na tzv. krizové lůžko. Terénní služby spočívají v přenesení procesu KI na místo, kde se nachází klient (Aquilera, 1997).

Distanční forma pomoci představuje proces KI, kdy je krizový intervent prostorově vzdálen od klienta. Distanční forma zahrnuje zejména telefonický nebo internetový kontakt s klientem (Hoff, 2001).

1.3.2. Specifika KI u dětí

Práce s dětmi vyžaduje specifické znalosti a dovednosti. Každý pracovník, poskytující krizovou intervenci dětem by se měl dobře orientovat v jednotlivých vývojových etapách dítěte. Norma v dětském věku je široká. Vývoj se děje ve skocích a každé dítě se vyvíjí jinak – díky genetické výbavě, prostředí, ve kterém vyrůstá a mnoha dalším vlivům. Pracovník by měl mít právě toto na paměti. Měl by však znát nejen vývojovou psychologii, ale také životní cyklus rodiny, vývojové krize v manželství, jejich projevy a zákonitosti a to hlavně z důvodu, že většina dětí vyrůstá v rodinách, ty tvoří jeho základní životní prostor. Jak ukazují statistiky Linek důvěry jsou nejčastější témata s čím děti volají právě:

- špatný prospěch
- přílišné nároky rodičů
- rozvod, odchod rodiče nebo partnera rodiče
- počátek nové rodiny
- úmrtí v rodině (Janečková, 2002).

Nejčastější kontakt s dítětem v rámci KI je právě prostřednictvím telefonických krizových linek. Rozhovor s dětmi po telefonu má svoje specifika. Jsou dána věkem, životními zkušenostmi dítěte a také tím, že dítě za sebe nenesé právní zodpovědnost (Novák, Průchová, 2004).

Děti se často vyjadřují lépe tělem a svým jednáním než slovem. Proto je pro ně obtížné začít hovor nebo vyjádřit to, co skutečně chtějí. Děti mladšího školního věku dovedou hovořit spíše o chování a jednání než o svých pocitech. Děti mají svůj jazyk, svoje výrazy. Nemohou mnohé situace řešit samy (Matějček, 2002).

Některé zásady telefonování s dětmi:

- Každý telefon, kdy dítě volá, bereme vážně.
- Zeptáme se hned na počátku hovoru, kolik je dítěti let, případně do které třídy chodí.
- Někdy je třeba zjistit, zda mluvíme s chlapcem nebo dívkou.
- Klademe otázky typu: „ Co tě přivedlo k tomu, že voláš?“ spíše než „ Jaký máš problém?“
- Tempo řeči přizpůsobíme tempu dítěte.
- Užíváme jazyk dítěte.
- Oceníme chování dítěte a nápad, že telefonuje.
- Zeptáme se, co by dítě od nás potřebovalo.
- U dítěte, častěji než u dospělého, zjišťujeme kontext situace, ve které se dítě nachází, hledáme spojence, který by mu mohl pomoci.
- Nejsme tetou ani strejdou – zůstáváme stále odbornou autoritou, která se snaží dítěti pomoci (James, 2004).

1.3.3. KI u dospívajících

Dospíváním rozumíme přechodové období mezi dětstvím a dospělostí. Zatímco puberta označuje spíše tělesné změny sexuálního zrání, dospívání, adolescence je širší pojem, který označuje psychologické a sociální změny v období přibližně od 12 do 20 let (Lorenc, 2002).

Dospívání je důležité vývojové období charakterizované změnami tělesnosti, vytvoření vztahů mimo původní rodinu a hledání profesní identity. Krize v dospívání mají své specifické projevy typické pro toto období (Mádrová, 1998).

Nejistota v sexuální oblasti může vést k těžkým krizím, které mohou vyústit i v siucidální jednání. Pro dospívající je obtížné se vyrovnat se svými prožitky. V dnešním mediálním světě se stává normou otevřená sexualita bez studu, která bývá pojednávána jako technika ovládnání stroje – těla. Konfrontace s takovým obrazem se při probouzející intimitě milostných vztahů může stát příčinou emocionálního zmatku a ohrožení sebeúcty dospívajícího (Kříž, 2000).

V souvislosti s bouřlivě se odehrávajícími tělesnými změnami a vývojem psychosexuální identity dochází poměrně často k přeceňování tělesných změn, vývojových asymetrií a zvláštností vlastního těla až po nerealistické představy o něm. V rámci hledání a vytváření vlastní identity si dospívající klade otázku o tom, kdo vlastně je a kam vlastně patří. Toto hledání je provázeno mohutnými vnitřními otřesy. O jistotě svých vlastních prožitků se pak přesvědčuje pozorováním v zrcadle, dotyky vlastního těla, často si spontánně píše deník, ve kterém formuluje své pocity, skládá básně, aby vyjádřil intenzitu a výjimečnost svých prožitků (Vágnerová, 2005).

Dalším kritickým momentem se může stát konfrontace s autoritami. Právě na nich si dospívající testuje svou identitu – ať už se jedná o rodiče, učitele či o společnost jako celek. Dospívající reaguje bouřlivě na kritiku své osoby. Jeho prožívání se vyznačuje silným kolísáním mezi podceňováním a přeceňováním. Při vyhocení tohoto typu prožívání může dojít k sebepoškozujícímu jednání (Říčan, 2004).

Právě zmíněné sebepoškozující tendence a sklony k sebevražednému chování jsou pro období dospívání charakteristické. Dle statistických dat počet suicidálních pokusů prudce stoupá kolem 15. roku, ve věkových kategoriích 15 – 19 let dosahuje vrcholu a pak postupně klesá v dalších věkových kategoriích. Nejenom způsob adolescenčního prožívání, ale i konfrontace s novým významem pojmu smrti, časté suicidální myšlenky a tabuizace smrti v dospělém světě vede dospívající k sebevražednému chování (Koutek, Kocourková, 2003).

Všechny tyto problémy spojené s dospíváním by měl krizový pracovník dobře znát a mít je na zřeteli při kontaktu s klienty.

1.4. Právní aspekty KI

Dobrá znalost právního rámce je v procesu KI nejen potřebná, protože zvyšuje jistotu a odbornou kompetenci pracovníka v KI a pomáhá řešit některá dilema, ale v řadě případů je i nezbytná, a to nejen v procesu pomoci klientovi, ale i pro ochranu samotného pracovníka (Novák, Průchová, 2004).

Mezi základní právní aspekty, ve kterých by se měl každý pracovník KI orientovat, patří zejména:

- mlčenlivost

- ochrana osobních údajů
- oznamovací povinnost (Matoušek, 2003).

Všechny informace o výpovědích klientů by měly být důvěrné a bez souhlasu klienta by neměly být přístupné jiným lidem či institucím (Friedrich, 2007). Etický kodex sociálních pracovníků ČR, který vešel v platnost 1.1.1995 a byl vydán Společností sociálních pracovníků ČR, uvádí v kapitole o pravidlech etického chování, že sociální pracovník chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje sociální pracovník především s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty (Trnová, 2004).

Významným zákonem v oblasti pomoci dětem je zákon č. 359/1999 Sb. O sociálně-právní ochraně dětí. Podle tohoto zákona jsou zaměstnanci orgánů sociálně-právní ochrany povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými se obeznámili při provádění sociálně-právní ochrany dětí. Dále jsou tito zaměstnanci povinni zachovávat mlčenlivost o osobách, které upozornili na porušení povinnosti nebo práv vyplývajících z rodičovské zodpovědnosti a na další skutečnosti vyplývající z § 6, odstavce 1 téhož zákona. Obdobně platí tato povinnost také pro osoby, které se s údaji, o nichž je třeba zachovávat mlčenlivost, dozvěděly při spolupráci s orgány sociálně-právní ochrany. Zde se jedná právě o pracovníka krizové intervence, tedy i na něj se vztahuje povinnost mlčenlivosti a to nejen ve smyslu spolupráce s těmito orgány, ale také v rámci výkonu své vlastní práce. Tuto oblast upravuje etický kodex pracovníků linek důvěry či dle platných předpisů by měla mít každá instituce, poskytující krizovou pomoc lidem své vnitřní směrnice, upravující mlčenlivost zaměstnanců (Ošancová, 2002).

Trestní zákon č. 140/1961 Sb. v platném znění § 178, odstavec 2 stanovuje sankce za porušení mlčenlivosti a to trest odnětí svobody až na tři roky nebo zákaz činnosti, případně peněžitý trest pro ty, kdo osobní údaje o jiném člověku získané v souvislosti s výkonem povolání, zaměstnání nebo funkce, sdělí nebo zpřístupní, byť by to bylo z nedbalosti (Tomeš, 2003).

Zpracováním a ochranou osobních údajů se zabývá zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento zákon se vztahuje na údaje, které zpracovávají státní

orgány, orgány územní samosprávy, jiné orgány veřejné moci a fyzické a právnické osoby. Např. orgány sociálně-právní ochrany jsou oprávněny zpracovávat osobní údaje, jež jsou podle výše zmíněného zákona označeny jako citlivé. Citlivými údaji jsou podle § 4 písmene b) údaje vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, dále tyto údaje vypovídají o náboženském přesvědčení, trestné činnosti, zdravotním stavu a sexuálním životě osoby, na níž se vztahují. Citlivé údaje lze zpracovávat pouze tehdy, když tato osoba, o níž údaje vypovídají, dala ke zpracování písemný souhlas, přičemž tento souhlas může kdykoli odvolat (Zoubková, 1999).

Podle § 10 téhož zákona musí osoba zpracovávající údaje dbát na to, aby člověk, na něhož se údaje vztahují neutrpěl újmu na svých právech, především na právu na zachování lidské důstojnosti. Zpracovatel údajů musí také dbát na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života klienta (Haškovcová, 2002).

O povinnosti oznámení hovoří především § 8 trestního řádu, § 167 trestního zákona – nepřekážení trestného činu a § 168 trestního zákona – neoznámení trestného činu.

- § 8 trestního řádu – státní orgány, právnické a fyzické osoby jsou povinny neprodleně oznamovat státnímu zástupci nebo policejním orgánům skutečnosti, které nasvědčují tomu, že byl spáchán trestní čin.
- § 167 trestního zákona - osoba, která se hodnověrným způsobem doví, že jiný člověk připravuje nebo páchá trestný čin a spáchání či dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky. Za překážení trestného činu se považuje také jeho včasné oznámení státnímu zástupci.
- § 168 trestního zákona – ten, kdo se hodnověrným způsobem doví, že někdo spáchal trestný čin, například týrání svěřené osoby, vraždy atd. a takový trestný čin bezodkladně neoznámí státnímu zástupci či policii, bude potrestán odnětím svobody až na tři roky (Ošancová, 2002).

Povinnost oznámit trestný čin nastupuje nejen tehdy, když se oznamovatel o trestném činu doví a zná jeho pachatele, ale také tehdy, kdy se o trestném činu doví bez toho, aby znal pachatele – tuto skutečnost je třeba si uvědomit právě při poskytování telefonické KI (Banks, 2001).

1.5. Násilí

1.5.1. Druhy násilí

Násilí představuje jeden z nejčastějších důvodů, proč klienti vyhledávají KI. Jedná se o poměrně širokou problematiku, která zahrnuje celou řadu ztrát – ztrátu očekávání, důvěry, ztrátu moci a kontroly apod (Němec, 1999).

Násilí je využívání převahy k vykonání bezpráví vůči nějaké jiné osobě či osobám. Násilí a agrese mohou být na jedné straně reakcí na krizi, projevem krize nebo až důsledkem krize a na druhé straně příčinou, spouštěčem krizí dalších (Špatenková, 2004b, s. 103).

Násilí se může objevovat v nejrůznějších oblastech společenského života:

- ve výchovně-vzdělávacích institucích
- ve formalizovaných institucích
- v zaměstnání
- v rodině
- „na ulici“
- vlastně kdekoliv, kde se setkává člověk s člověkem
- zvláštní kapitolu představuje násilí na mikroúrovni - např.války (Weiss, 2005).

V této práci se však zaměřím na násilí v rodině, která tvoří základ pro vývoj dítěte a pro jeho další život ve společnosti.

Násilí v rodině můžeme vymezit jako bezprávně vynucenou nadvládu některého člena rodiny nad jiným členem či členy (Crosson – Tower, 2002).

V literatuře se můžeme setkat s různými pojmy – domácí násilí (domestic violence), násilí na ženách (battered women), zneužívání žen (women abuse), které jsou obvykle používány jako synonyma. Zvláště je vyčleňováno násilí páchané na dětech, hovoříme o syndromu týraného dítěte - battered children syndrom, zanedbávání dítěte - child neglect a zneužívání dětí - child abuse nebo souhrnně o syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte - CAN – child abuse and neglect (Hodek, 2005).

Násilí znamená uplatňování síly, moci, převahy – jde o zneužití moci nad někým. Proto právě děti představují pro násilníka v mnoha ohledech vhodný objekt –

jsou fyzicky slabší, psychicky a sociálně nezralé a v mnoha ohledech na dospělých (v případě rodinného násilí přímo na agresorovi) závislé (Kocvrliková, 2000).

Syndrom CAN v sobě zahrnuje:

1. Fyzické násilí (tělesné týrání)
2. Sexuální násilí (pohlavní zneužívání)
3. Zanedbávání
4. Systémové týrání – sekundární viktimizace (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

1.5.2. KI v případě násilí páchaného na dětech

V KI by se měl krizový intervent zaměřit na následující okolnosti:

- Identifikovat příznaky násilí na dětech
- V případě, že došlo ke zranění dítěte nebo k jeho sexuálnímu zneužití, zabezpečí lékařské vyšetření.
- Zvážit, zda dítě může nadále setrvat v domácím prostředí.
- Zjistit a shromáždit všechny dostupné informace, které mohou pomoci při hodnocení situace.
- Zajistit ostatní děti v rodině.
- Zachovat objektivitu a profesionální přístup k dítěti i rodičům.
- Kontaktovat ostatní instituce – policii, zdravotnické zařízení, orgány sociálně-právní ochrany dětí apod.
- Nasměrovat klienty do specializované instituce zaměřené na psychologickou pomoc dětem a rodinám (Roberts, 2005).

Existuje-li podezření na spáchání sexuálního násilí na dětech, je třeba postupovat vždy velmi opatrně, aby na jedné straně nedošlo k bagatelizaci určitých signálů, ale na druhé straně aby nebyly vyvozovány příliš ukvapené závěry o zneužívání. Rychlé psychologické diagnostické strategie a metody k odhalení sexuálního zneužívání neexistují (Vaničková, 2005).

V případě násilí páchaného na dětech nesmí odborná pomoc dítěti a jeho rodině skončit KI a předáním případu orgánům činným v trestním řízení. U každého potvrzeného násilí je nezbytné zajistit kontinuitu poskytované péče, nejlépe zabezpečit

psychoterapii, která by byla zaměřena na terapii následků traumatu a prevenci opakování nevhodných vzorců chování v dospělosti (Špatenková, 2004b, s. 130).

1.5.3. Problémy spojené s rozpadem rodiny

Rozvod manželství a rozpad rodiny představují jedno s nejsvízelnějších období, a to nejen pro přímé účastníky rozvodu, tj. pro rodiče a děti, ale často pro celou širší rodinu. Má své aspekty sociální, etické, právní, emoční a pochopitelně velmi důležité aspekty psychologické (Matějček, Dytrych, 2002, s. 39).

Světová zdravotnická organizace řadí rozvody, partnerské rozvraty a krize mezi nejméně stresové životní události (McWade, 2002).

Rozvod v sobě nezahrnuje jen samotný právní úkon, kdy je vydáno soudem rozhodnutí o zrušení manželství, ale je zde třeba brát v potaz různě dlouhý časový úsek předtím. Prof. Matějček rozlišuje 3 stádia vztahů před rozvodem:

- a) Manželský nesoulad – drobné problémy a neshody, ve kterých se prokazuje snížená schopnost partnerů najít vhodné kompromisy a rozpory řešit.
- b) Manželský rozvrat – jde již o podstatnější postižení některé ze základních rodinných funkcí, může být akutní či dlouhodobý, v některých ze svých fází může přejít v rozvod.
- c) Rozvod – formálně právní ukončení manželského vztahu dvou jedinců (in Dunovský, 1999).

Stejně tak následuje různě dlouhé období po rozvodu, kdy se „rodina“ s rozvodem vyrovnává a snaží se najít novou rovnováhu.

Po rozvodu se předpokládá zásadní obrat v permanentně konfliktní situaci, která byla v době rozvratu – očekává se uklidnění, obnova duševní rovnováhy a zlepšení podmínek psychického zdraví celé rodiny (Matějček, 2003).

Rozvodová praxe však ukazuje, že v naprosté většině případů konflikty přetrvávají. Děti jsou zatahovány do nevyřešených konfliktů mezi rodiči, jsou předmětem dalším soudním sporů ohledně úpravy styků s druhým rodičem, spory o výživné, majetek (Novák, 2005).

Dítě je vmanipulováno do situace, kdy každý z rodičů se snaží získat jej na svou stranu, případně úplně zamezit styku dítěte s druhým rodičem. Pro samotné dítě je to velmi traumatizující a stresová situace (Kožená, 2005).

Všechny tyto zmíněné situace mohou vést nejen k poruchám vývoje osobnosti dítěte, ke vzniku psychopatologických obrazů, ale také, zvláště u chlapců k antisociálnímu chování. Navíc tyto děti mají později sami problémy s partnerských vztazích, některé se dokonce těmto vztahům vyhýbají a odmítají založit svou vlastní rodinu (Gardner, 2005).

I když se podaří vztahy po rozvodu upravit, vyřešit styk dětí a majetkové poměry s druhým manželem, je dítě přesto ohroženo dalšími stresujícími faktory (Cull, 2001). Jedním z nich je hyperprotektivní péče matky či otce, který si tak kompenzuje ztrátu partnera a nyní soustředí veškerou pozornost na dítě či děti. Navíc, pokud se jedná o sourozence, je možné, že rodič v dítěti vidí vzhledové a povahové rysy bývalého manžela a tak dítě trestá za prohřešky, které samo nespáchalo (Špaňhelová, 2005).

Dalším rizikovým faktorem je nový partner rodiče, případně i nově příchozí nevlastní sourozenci. Pro dítě je to zásah do jeho dosavadní identity. Zápasí s otázkami: Kdo nyní jsem? Kam patřím? Záleží teď vůbec na mě někomu? Je třeba dítěti dopřát dostatek času, seznamovat jej s touto skutečností postupně, respektovat jeho věk a rozumové schopnosti, včetně faktu, že dítě ztratilo před určitým časem svého rodiče, i když se s ním nadále setkává, a nyní je postaveno před fakt, že do rodiny vstoupí někdo cizí, kdo roli otce převezme (Oberlin, 2005).

Velké problémy nastávají také o prázdninách. Pokud druhý rodič nejeví o děti zájem, leží břímě i radost dvou měsíců volna dětí pouze na jednom člověku. Pokud si druhý rodič děti bere na část prázdnin k sobě, je nutné sladit programy dvou samostatných rodin ve vyvážený kompromis a případně se vyrovnat s pocity samoty, opuštěnosti a někdy i úzkosti z toho, jak je o děti postaráno, v době, kdy je u druhého rodiče. Jedná-li se o první prázdniny po rozvodu může rodič pociťovat oprávněné obavy. Právě dny volna odhalí ještě více skutečnost, že již není všechno, jak bylo dříve, že některé tradice nelze dodržovat (Pešová, Šamalík, 2006).

Ve všech těchto zmíněných situacích je třeba citlivě reagovat na potřeby dítěte, nebát se vyhledat pomoc z venčí, např. Střediska pro rodinu a mezilidské vztahy, psychologa či jiné instituce, která se problematikou zabývá.

V síti nabídek specializované pomoci u nás bohužel stále nedostačuje rozvodové poradenství. Potenciál poraden pro manželství a mezilidské vztahy je limitován tím, značná část rozvádějících se rodin z nejrůznějších důvodů jejich pomoc nevyhledá (Holá, 2003).

1.5.4. Úmrtí jednoho z rodičů

Úmrtí jednoho z rodičů na rozdíl od rozvodu přichází většinou náhle a nečekaně, jako blesk z čistého nebe. Ale i tam, kde předcházela nemoc a nějaká „příprava“ byla možná, je to jiné než v případě rozvodu. Tady převažuje úzkostné napětí, strach, bolestné očekávání, jejichž podtextem je pozitivní, láskyplný vztah k nemocnému členu rodiny. V předrozvodové atmosféře rodiny převládají prožitky na základě negativních emocí- frustrace ze ztráty jistoty v nejbližších lidech, tíživý konflikt dvojí loajality, vzájemné ovlivňování aj. (Matějček, Dytrych, 2002).

Úmrtí je ztráta definitivní a neodvolatelná. Mrtvý člověk se nevrátí, odejde ze života dítěte fyzicky navždy (Wirtz, 2005). Zemřelý rodič není přítomen sice fyzicky, leč bývají velmi zřetelně přítomni „duchovně“ – ve vzpomínkách. Tyto vzpomínky bývají zpravidla jen na to dobré, někdy člověka až zidealizují.

Období truchlení bývá u různých dětí různě dlouhé a jeho projevy bývají různě silné. Důležitým faktorem je zde věk dítěte. U dětí středního a staršího školního věku, které si už naplno uvědomují plynutí času a konečnost života, má truchlení v podstatě už dospělý ráz.

Prof. Matějček rozlišuje čtyři fáze truchlení :

1. Šok neboli ohromení, kdy si dítě uvědomí, že milovaná osoba se už neobjevuje.
2. Protest, který nastupuje jako obranná reakce.
3. Beznaděj či zoufalství, když protest nefunguje a ztráta se jeví jako definitivní.
4. Proces vyrovnávání, uklidňování, smíření a hledání nových východisek (Matějček, Dytrych, 2002, s. 92 – 93).

Vyrovnaní se se ztrátou rodiče je dlouhodobá záležitost. Je třeba dítěti dopřát dostatek času si smutek prožít (Gjuričová, 2003).

Osamělý rodič zažívá mnohem vyšší tlak. Nejen se musí vyrovnat se se svým smutkem, leckdy také musí převzít plnou odpovědnost za dítě. Kromě vedení domácnosti musí také vydělávat peníze na udržení jejího chodu (Train, 2001).

Pokud si matka či otec po smrti partnera najdou partnera nového, vystupuje dítě zpravidla proti novému vztahu, nového partnera odmítá dlouho přijmout, kritizuje jej pod vlivem zidealizovaných vzpomínek na mrtvého rodiče.

1.6. KI x psychoterapie

Velmi často se setkáváme v odborné literatuře o krizových stavech a KI s tím, že není jasně patrná hranice mezi nimi a psychoterapií. Je to pravděpodobně dáno tím, že jsou to především psychoterapeuti, kdo některé postuláty KI definovali. Navíc obě disciplíny jsou si velmi blízké. Nejsou však totožné. Mnohý psychoterapeut zabývající se KI proto musí v sobě jasně odlišit, kde jsou již zmíněné hranice. V KI používá jinou metodu, KI si klade jiné cíle, má odlišný časový rámeček, má jiný záběr z hlediska hloubky pohledu na problém, i klientela je do jisté míry odlišná.

Krizovou situaci v životě dítěte můžeme vnímat jako část tělesa, jehož masiv pluje z velké části ve vodě. Krizový pracovník bude nejvíce v kontaktu s tou částí, která je vidět nad hladinou. Měl by mít povědomí i o části plující pod hladinou, ale pracovat by měl především s tím, co je v danou chvíli akutní, nejzřetelnější, nejpotřebnější a nejviditelnější (Elliot, 2004).

KI trvá po dobu klientova krizového stavu. V případě ambulantního setkání jde zhruba o jedno až tři setkání (hranici uvádějí autoři u 10 setkání). KI končí ve chvíli, kdy se klient cítí být schopen svoji situaci konstruktivně řešit – získal užitečné nástroje a díky rozšíření sféry možností jsou pro něj dostupnější jeho přirozené zdroje podpory.

Psychoterapie je z časového hlediska vymezena delším časovým úsekem. U krátkodobé psychoterapie do 20 sezení o frekvenci 1 x 14 dní či 1 x za 3 týdny, počet sezení je do 20, střednědobá do 50 sezení a dlouhodobá psychoterapie trvá obvykle několik let (Vodáčková, 2002).

Téma krize se objevuje v každém psychoterapeutickém procesu, ale v různé podobě. Ke staré a nezpracované krizi se klient může s terapeutem dostat i jinou cestou, přes práci se symptomem. Symptom bývá zpravidla náhradním řešením pro nezpracovanou událost v minulosti (Kratochvíl, 2005).

Při poskytování KI je zcela běžné, že po několika setkáních či telefonátech se změní rámec situace a vyplyne potřeba další péče o klienta a to formou psychoterapie. V této chvíli se nabízí několik variant, co je možné dělat dál (Müllerová, 2004).

Pokud má krizový pracovník psychoterapeutické vzdělání a rámec jeho zařízení psychoterapeutickou práci umožňuje, může s klientem pokračovat, ale nemělo by to být pokračování zcela automatické. Měl by s klientem změnu rámce otevřít. Například tak, že zrekapitulují, co se doposud odehrálo, co jsou zisky a jaké jsou další potřeby. Právě zde se objevuje místo pro novou, další zakázku, podle které se s klientem uzavře nový kontrakt.

Může se však stát, že krizový pracovník má sice psychoterapeutické vzdělání, ale necítí se na to, být kompetentní pracovat psychoterapeuticky právě s tímto klientem. Pak je řešením předat klienta kolegovi, který se na tuto oblast specializuje (Winton, 2001).

Pokud pracovník nemá psychoterapeutické vzdělání či to neumožňuje rámec zařízení, odešle klienta k odborníkovi v jiném zařízení (Colton, 2001).

1.7. Psychoterapie dětí a mládeže

1.7.1. Dělení psychoterapie

Když se terapeut rozhodl, že určité dítě potřebuje terapii, pokračuje proces vyšetření a hodnocení s tím, že musí zvolit nejvhodnější uspořádání terapie. Kritéria pro volbu optimálního způsobu uspořádání terapie musí vycházet z cíle terapie, z „příčiny“ současného problému a z vývojového stádia dítěte (Roménová, 2000).

Základní možnosti uspořádání terapie týkající se počtu a vztahů pacientů, kteří se současně účastní terapie jsou:

a) Individuální psychoterapie. V této formě jeden pacient vstupuje do terapeutického vztahu a terapeutické spolupráce s jedním terapeutem (ojediněle s více terapeuty současně). Zvýrazňuje se tím povaha individuálního terapeutického vztahu, na jehož

kvalitě pak záleží průběh a účinnost konkrétních, zde často osobně velice intenzivních postupů terapeutické práce.

b) Hromadná psychoterapie je svou podstatou psychoterapií individuální, kterou však lze pro jednoduchost a univerzálnost užitého terapeutického postupu provádět s více přítomnými pacienty zároveň (např. současné sugestivní působení nebo nácvik psychofyzilogické relaxace). Následkem tohoto uspořádání terapeutické situace však osobní vztah mezi pacientem a terapeutem značně ustupuje do pozadí.

c) Skupinová psychoterapie je tradiční označení pro psychoterapii prováděnou v uměle vytvořených skupinách pacientů. Tyto skupiny se vybírají a skládají tak, aby všichni členové mohli do společného terapeutického dění přispívat a těžit z něj. Hlavním nástrojem léčby je zde dynamika a vývoj intenzivních vztahů mezi členy skupiny navzájem v průběhu sezení.

d) Rodinná (popřípadě párová) psychoterapie je zaměřena na vztahy, interakci a vývoj v přirozené rodinné skupině pacienta, jejíž narušenost se pokládá za rozhodující zdroj jeho individuálních či vztahových poruch a problémů. Podstatným znakem je to, že nejde o uměle vytvořené terapeutické situace, nýbrž že terapeut pracuje s problémy v jejich reálné situaci, často i v reálném čase výskytu a v jejich přímo pozorovatelné podobě. Tím vzrůstá význam vztahu, jaký si s rodinou vytvoří, i když v popředí práce zůstávají vztahy rodinné.

e) Terapeutická komunita – léčebné společenství je pro psychoterapii strukturou vyššího řádu, která dodává jejím základním formám (a-d) novou kvalitu jejich zasazení do reálného života pacientů v institucionálním prostředí léčebného zařízení (Svoboda, 2001).

1.7.2. Cíl psychoterapeutické činnosti

Obecným cílem psychoterapie je obnova zdraví. Projevy zdravého stavu vývoje bývají vymezovány s různou podrobností a různými důrazy. Základní hlediska „funkční normy“ v hlavních ohledech zdravé duševní funkce jedince jsou:

a) Správné hodnocení a poznávání skutečnosti. Poruchy v této oblasti se projevují zkresleným vnímáním, předpojatým nebo logicky chybným myšlením, přeceňováním

nebo podceňováním možností ohrožení či dosažení vlastních cílů, neschopnost odlišit fantazii od reality a dalšími poruchami orientace člověka ve světě.

b) Citová vyrovnanost. Poruchy v této oblasti se projevují nezvládanými výkyvy citového ladění nebo chorobným, objektivní skutečnosti neodpovídajícím převládnutím určité emoce v prožívání, které pak ruší přiměřenou orientaci a počínání člověka v konkrétních situacích.

c) Výkonnost odpovídající skutečným možnostem. Poruchy v této oblasti se projevují selháváním výkonů v situacích, které by člověk vzhledem ke svým skutečným schopnostem a úmyslům měl a mohl dobře zvládat, selhává však následkem rušivých osobnostních vlivů.

d) Společenská přizpůsobivost. Poruchy v této oblasti se projevují neschopností vytvářet prospěšné vztahy s lidmi, volbou a prosazováním společensky nepřijatelných motivů a cílů, neschopností vhodně uplatňovat spolupráci i soupeření, nedostatkem srozumitelnosti v komunikaci a nedostatkem empatie s druhými lidmi (Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

V dětském věku se všechny tyto funkce vyvíjejí v závislosti na zrání organismu a na socializační zkušenosti dítěte. Proto je hodnocení poruchy zdraví a hodnocení úspěšnosti terapie podmíněno věkově a výchovně uznávanou „normou“. Obecné normativní hledisko je v psychoterapii žádoucí doplnit hlediskem intraindividuální měnivosti tak, aby respektovalo možnou odchylku v rychlosti vývoje a odlišilo ji od skutečné poruchy (Kratochvíl, 2006).

Některé typické postupy vzhledem k věku dětských pacientů podle Gelfanda:

Věk dítěte:	Obvyklé postupy nápravy:
Kojenci a batolata	Výcvik matek v citlivější a podnětnější rodičovské péči, terapeutická péče v batolecích skupinách
Předškolní děti	Výcvik rodičů v rozvíjení žádoucího dětského chování, terapie hrou, předškolní skupinové výchovné či terapeutické programy

Základní škola	Vhledově zaměřená či na osobu soustředěná terapie, individuální nebo skupinová behaviorální terapie, systémová, behaviorální nebo eklektické rodinná terapie
Dospívající	Skupinová psychoterapie různého druhu, rodinná terapie, individuální psychoterapie (in Langmeier, Balcar, Spitz, 2000, s. 46).

Jedním z používaných terapeutických přístupů je také krátká terapie – terapie zaměřená na řešení. Zakladateli byli Steve de Shazer a Insoo Kim Berg, kteří spolu s dalšími kolegy založili Centrum krátké rodinné terapie (Brief Family Therapy Centre) v Milwaukee (Úlehla, 2005). Prvky tohoto terapeutického přístupu jsou dobře uplatnitelné právě v krizové intervenci. Filozofie této terapie je shrnuta do tří pravidel:

1. Nespravujte, co není rozbité.
2. Když už víte, co funguje, dělejte toho víc.
3. Když to nefunguje, udělejte něco jiného (Berg, Kelly, 2006).

Při práci s klienty používají hledání vyjímek z problému – tedy situací, kdy problém nebyl či jeho intenzita byla velmi malá. Zdůrazňováním pozitivního, oceňováním drobných úspěchů posilují kompetence klienta. Častým nástrojem je také používání škál a zázračné otázky. Zázračná otázka slouží k vyjasňování cílů a hledání prvních kroků, které jsou k jeho dosažení potřebné. Zjednodušeně lze tuto otázku formulovat takto: „Kdyby se stal zázrak a problém se přes noc vyřešil, čeho byste si ráno jako první všiml?“ (Berg, Steiner, 2003).

1.7.3. Druhy psychoterapeutické činnosti

K psychoterapii lze použít různých činností, podle toho, které z nich jsou v daném věku (a také vzhledem k omezením daným situací, povahou a poruchou dítěte) přijatelné (Praško, 2003).

1.7.3.1. Řízená stimulace jednotlivých funkcí

Tento druh psychoterapeutického působení je využitelný od kojeneckého věku až do stáří. Jeho podstatou je rozvoj a náprava narušené funkce její cílenou soustavnou aktivací, popřípadě reaktivací. V prvních letech života, ve zvlášť indikovaných případech i později, má značnou úlohu v psychoterapeutickém působení stimulace dítěte tělesným kontaktem s osobami, někdy i se zvířaty a se zvlášť citově působivými předměty. V kontaktu pečujících osob s dítětem má značnou úlohu také lidský hlas a lidská řeč či zpěv. To má význam pro nápravu poruch v rozvoji citů bezpečí, jistoty a důvěry vůči druhým, pak i vůči sobě v utváření kladného sebepojetí (Langmeier, 2000).

1.7.3.2. Hra

Přibližně od počátku předškolního věku až po konec mladšího školního věku je hra nejoblíbenějším prostředkem kontaktu dítěte s vlastním nitrem i s okolním světem. Proto bývá často vyčleňována jako vůbec základní prostředek psychoterapeutické práce s dětmi a s jejich problémy (Timulák, 2006).

Ve vývojových obdobích, kdy abstraktní zacházení se skutečností prostřednictvím řeči a myšlení ještě není pro dítě terapeuticky účinným prostředkem a ani řešení problémů reálnými změnami ve vlastním počínání není v jeho moci, je hra se svými vlastnostmi bezprostředně „hmatatelného“ a přitom podle potřeby zvrátého, jakkoli přizpůsobivého živého dění obvykle nejvhodnějším nástrojem psychoterapeutické práce. Poskytuje dítěti možnost k sebevyjádření, k odreagování a korekci patologické citové dynamiky hrovým ztvárněním a řešení naléhavých současných problémů, k porozumění vlastním prožitkům a k jejich projevení přirozeným a přitom bezpečným způsobem. Úloha terapeuta je velmi proměnlivá. Zhruba ji lze vymezit jako zpětnovazebné dodávání takových podnětů a prostředků, které dítě pobídnou a umožní mu vyjádřit hrou právě pro ně klíčové problémové momenty jeho života tak, aby je s ním v rámci hry či mimo ni terapeuticky zpracovat (Elliot, 2002).

1.7.3.3. Cílená činnost

Praktická činnost s daným vnějším cílem se jako prostředek psychoterapie nejvíce uplatňuje zhruba mezi 8 a 14 lety věku dítěte. Zatímco hra má svůj

bezprostřední účel sama v sobě, cílená činnost vyjadřuje již schopnost i potřebu staršího dítěte dobrat se vlastním úsilím určitého zjevného, od počátku zvoleného výsledku – být úspěšný, vytvořit něco, co zde dosud není. Psychoterapeuticky lze těchto činností využít především jako zdroje prožitků, které mění sebepojetí dítěte na základě objevování, osvojování a uplatňování praktických dovedností i na základě mezilidských zážitků a vztahů, které se přitom utvářejí. Takto lze s dítětem pracovat individuálně nebo v rámci rodinné dělby činností, nejobvyklejší bývá uplatnění ve skupině vrstevníků. Praktické činnosti bývají různorodé, jejich volba závisí na dostupných možnostech a na schopnostech a zájmech dítěte. Mohou to být sportovní činnosti, soutěživé hry apod. V průběhu těchto činností vznikají přirozeným způsobem problémy, které vyžadují individuální nebo společné rozhodování, řešení konfliktů, snášení frustrace různými omezeními nebo nezdary, dosahováním úspěchu zdoláváním překážek (Říčan, Krejčířová, 1995).

1.7.3.4. Tvůrčí činnosti

Některé činnosti jsou zvláště účinnou složkou psychoterapie pro svůj potenciál k sebevyjádření a sebeutváření. Mají povahu zčásti hry, zčásti cílené činnosti.

U dětí se uplatňují především prostředky výtvarné, hudební, slovesné a dramatické (Hutchinson, 2003).

Výtvarné prostředky poskytují dítěti možnost hmotně vyjádřit, odreagovat, vyzkoušet, změnit důležité momenty svého prožívání. Mohou sloužit jako jedinečný most mezi vnitřním světem dítěte a jeho terapeutickým ztvárněním vnějšími prostředky v rozhovoru nebo v dramatizaci (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Práce s hudbou a rytmem v individuální součinnosti s terapeutem nebo v dětské terapeutické skupině je způsobem, jak dovést dítě k lepšímu vnímání, k plnějšímu citovému sebevyjádření a sdílení s druhými. Prostřednictvím písni může být dětem zpřístupněn i obsah jejich zjevných nebo skrytých problémů tak, aby se o něm dokázaly rozhovořit nebo jej jinak zpracovat. Pomocí pravých či improvizovaných nástrojů, vytvářející rytmus či vlastní hudbu, se děti dobře učí vyjádřit, jak se sami cítí nebo hádat, jak se cítí druhý.

Slovesné výtvary, jakými jsou pohádky a povídky, básně, přísloví, jsou zdrojem citových podnětů a hodnot, zvláště prostřednictvím bohatých možností identifikace v poutavé konfrontaci motivů a činů, které je vedou k vnitřnímu souznění s dějem nebo poetickým zobrazením (Balcar, 2000).

Dramatický projev je syntetizující formou tvůrčího vyjádření. Podle úrovně a zvláštností duševního rozvoje dítěte sahá jeho uplatnění v psychoterapii od dětského věku „hraní na něco“ či dospělejší „hraní rolí“ až po psychologicky složitější improvizované divadlo či přímo psychoterapeuticky strukturované psychodrama. Hraní „sebe samého“ je riskantní, často se proto používají prostředky, které umožňují autorský odstup hraním „za někoho“. Dramatizace snad ze všech technik nejprůrazněji proniká k jádru osobních problémů, vnitřních i vnějších konfliktů a citového strádání (Trapková, 2004).

1.7.3.5. Rozhovor

Hovoření s dítětem zpravidla doprovází jakoukoli psychoterapeuticky zacílenou činnost. Jako hlavní prostředek psychoterapie převládá u dětí zhruba od 14 let výše (Vymětal, 2003).

Způsob vedení rozhovoru je velice různorodý v závislosti na konkrétním záměru a technice. Od poměrně volného, málo řízeného hovoření o tom, co dítě či dospívající cítí, myslí, chce a jaké možnosti k tomu jsou, se liší strukturované postupy psychoterapeutického působení s důrazem buď na iniciativu pacienta nebo terapeuta (Karaszová, 2003).

Obtížné je vedení rozhovoru s adolescenty. Nemají naivitu dítěte, ani možnost svobodného rozhodnutí terapii jako dospělý, neboť je často na terapii přiváděn rodiči s cílem, „aby mu terapeut napravit hlavu“ (Goddetová, 2001).

Hlavním úkolem terapeuta v prvním sezení je umožnit, aby se adolescent cítil dobře, vzbudit v něm zaujetí pro terapii jako pro něco, co přesahuje věci samozřejmé a povrchní a dovést ho k tomu, aby přijal a vzal vážně vlastní úlohu při určování průběhu psychoterapie. Aby terapeut adolescenta zaujal, musí mu zároveň ukázat, že jejich vztah se bude podstatně lišit od většiny vztahů, které zažil s rodiči, vrstevníky, učiteli a jinými lidmi, kteří se dosud neúčinně snažili pomoci. Konkrétně potřebuje terapeut ukázat, že

jeho zvláštní znalosti a dovednosti mu umožňují vnímat i myšlenky a city nevyjádřené slovy a že chce této vnímavosti využít k tomu, aby mu pomohl lépe pochopit sebe sama a vytvořit účinnější způsoby, jak zvládat různé životní situace (Berneová, 1998).

1.7.3.6. Zásahy do prostředí dítěte

Závěrečným krokem psychoterapie v jakékoli formě je rozšíření zisků dítěte z terapeutické interakce do oblasti jeho normálního života – v rodině, ve škole, mezi vrstevníky i mezi dospělými. Přímá psychoterapie k tomu napomáhá z jedné strany. Je však často potřeba pomoci z druhé strany – prosazením žádoucí změny právě v přirozeném prostředí. Tam, kde je rodinné (popřípadě i další) škodlivě působící prostředí v potřebném smyslu neovlivnitelné, bývá nezbytný radikálnější zásah – kde je naděje, že se tím podaří nepříznivé okolnosti dostatečně změnit ku prospěchu dítěte, je na místě takto zasáhnout. Vnější prostředky takové změny může představovat přestěhování, sňatek či rozvod rodičů, změna školy či neformálního dětského kolektivu. Jindy je možno cíleně (poradensky, psychologicky či psychoterapeuticky) zlepšit vztahy, způsob soužití a rodičovské či školní výchovné a vzdělávací péče tak, aby tyto vlivy přestaly působit negativně na dítě a namísto toho podporovaly zdravý vývoj dítěte. Čím je dítě mladší a na svém okolí závislejší, tím více je taková pomoc z druhé strany nezbytná (Kratochvíl, 2006).

1.8. Pracoviště KI

V dnešní době fungují následující podoby krizových pracovišť:

- ✓ Krizové centrum s ambulantním a lůžkovým programem
- ✓ Krizové centrum ambulantního typu
- ✓ Pracoviště (jinak zaměřené) s krizovým programem
- ✓ Linka důvěry jako jeden z programů krizového centra
- ✓ Linka důvěry jako součást pracoviště s krizovým programem
- ✓ Linka důvěry jako samostatné pracoviště v regionu (Vodáčková, 2002).

1.8.1. Krizová centra

Instituce poskytující primárně KI běžně nazýváme krizová centra (a zpravidla se takto v praxi i oficiálně označují, případně je název rozšířen o pojmenování – Krizové

centrum Sluníčko nebo o specifikaci daného zařízení – Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji).

První ambulantní krizové centrum bylo založeno Erwinem Ringelem ve Vídni v roce 1948 v rámci sociálních aktivit arcidiecéze. Toto centrum je stále v provozu a v současné době nese název Centrum krizové intervence – Kriseninterventionszentrum. Z finančních důvodů má centrum status soukromé nemocnice, ale funguje pro celou populaci bez rozdílu sociálního statutu. Zpočátku byla hlavní náplní práce centra prevence sebevražd a terapie pacientů po pokusu o sebevraždu. Nyní je nejčastější práce s psychosociální a ostatními krizemi. Centrum se nachází v části Vídně, kde jsou i ostatní nemocnice, blízko Univerzitní psychiatrické kliniky, je tak zajištěna návaznost v případě potřeby zásahu specialisty – např. gynekologa (Janečková, 2002).

Krizová centra poskytují ambulantní služby, některá z nich nabízejí také krizová lůžka. Tato centra mohou případně též provozovat linku důvěry. Krizová centra kromě funkce diagnostické mohou plnit i funkci terapeutickou. Mimoto může krizové centrum představovat pro klienta v krizi důležitý systém sociální opory, pokud přirozené zdroje sociální opory nefungují nebo absentují.

Kromě výše uvedených základních úkolů může krizové centrum:

- spolupracovat s jinými pomáhajícími institucemi
- pomáhat při organizování podpůrných a svépomocných skupin
- rozšiřovat a popularizovat poznatky na téma krize a její zvládnání
- iniciovat vznik specializovaných institucí zaměřených na řešení problémů vyskytujících se v určitých sociálních skupinách
- informovat o své existenci a možnostech pomoci klientům v krizi prostřednictvím masmédií (Vodáčková, 2002).

V krizovém centru působí multidisciplinární tým, jehož členy jsou zpravidla psychologové, sociální pracovníci, lékaři. Velmi úzce mohou s tímto týmem spolupracovat také další odborníci (např. právník), ale také dobrovolníci a školení laici, například studenti oborů zaměřených do oblasti pomáhajících profesí.

Odlišný přístup v rámci skladby týmu zařízení poskytujícího KI mají ve Francii – v Paříži, kde od roku 1967 funguje CPOA - Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil. Je to ambulantní centrum, které má v naléhavých případech k dispozici i

několik lůžek. Hlavní náplní jeho práce je diagnostika případu a rozhodnutí, která další instituce je nejvhodnější pro práci s daným klientem. CPOA je založeno čistě na medicínském přístupu. Pracují tam lékaři a sestry, v centru nenajdeme žádné psychology ani sociální pracovníky (Janečková, 2002).

Velmi dobře rozpracovaný systém krizové péče mají v Holandsku. Zákonem je dána síť zařízení tzv. RIAGGy, která funguje pro spádovou oblast cca 200 000 obyvatel. RIAGGy jsou zdravotnická zařízení, která fungují jako ambulantní centra bez lůžek. Ambulantní oddělení je oddělení psychiatricko-psychologicko-sociální péče. Pracuje s mládeží, starými lidmi, dospělými, má psychoterapeutické programy.

Kromě státních RIAGGů fungují v Holandsku v regionech krizová zařízení typu krizové centrum, která jsou zřizována z městských rozpočtů. Všechna krizová centra jsou sdružena v organizaci GGZ (asociace péče o duševní zdraví). Ta každý rok vyjednává o rozdělování rozpočtu, který poslanci schválili a zároveň zastřešuje organizace v případě konfliktu.

První krizové centrum v České republice Krizové centrum Psychiatrické kliniky LF MU v Brně zahájilo svůj provoz dne 5.12.1989. Je umístěno v budově psychiatrické kliniky, poskytuje telefonickou a ambulantní krizovou intervenci, umožňuje i krátkodobou hospitalizaci na lůžkách nepřesahující 7 dní. Krizové centrum je otevřené oddělení, a proto zde nemohou být hospitalizováni pacienti s poruchou vědomí, osoby intoxikované a klienti s akutním psychomotorickým neklidem.

V Brně také funguje Spondea – centrum pro týrané, zneužívané a ohrožené děti. Toto centrum nabízí nejen ambulantní služby, ale také krizová lůžka a nepřetržitou telefonickou linku pomoci. Stejně služby nabízí Dětské krizové centrum v Praze – Zápolí. To zahájilo svou činnost v roce 1992.

V Jihočeském kraji funguje od roku 2003 Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, se sídlem v Českých Budějovicích. Centrum je koncipováno jako ambulance, klientům však nabízí nepřetržitou pomoc na non-stop telefonické lince. Jiným typem krizového centra je RIAPS – regionální Institut Ambulantních Psychosociálních Služeb se sídlem v Praze. Toto centrum nabízí 24 h krizovou pomoc včetně krizového lůžka. Služby jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Právě v Praze dobře funguje zastřešující organizace pro více zařízení, které nabízejí psychosociální službu – Centrum sociálních služeb Praha (blíže viz Příloha č. 1).

1.8.2.Linky důvěry

Telefonická krizová intervence se provozuje po vzoru první linky důvěry, která byla založena roku 1953 reverendem Chadem Varahem v Londýně při kostele sv. Štěpána . Podnětem pro vytvoření této linky byl vysoký počet sebevražd v Londýně, kdy se zjistilo, že lidé dokonávají sebevraždy proto, že si nemají v rozhodující okamžik s kým o problémech promluvit. Varah koncipoval telefonickou pomoc jako nepolitickou, necírkevní a dobrovolnou organizaci. Pojmenoval ji Samaritáni (Janečková, 2002).

V roce 1957 vznikla první linka důvěry také ve Švýcarsku. Zde byla pojmenována Podaná ruka. Její vznik je opět spojen s tematikou sebevražd – podnět k jejímu vzniku dal otec, jehož syn sebevraždu spáchal. Ten se obrátil na faráře Kurta Scheitlina, který linku vybudoval. Po počáteční nedůvěře se jim dostalo obecného uznání a v roce 1976 přidělilo ředitelství pošt linkám důvěry třímístné telefonní číslo tísňového volání. Dnes jsou linky důvěry ve Švýcarsku dostupné z kteréhokoliv místa bez použití meziměstské předvolby (Janečková, 2002).

Od roku 1967 jsou linky důvěry sdruženy v organizaci IFOTES (International Federation of Telephone Emergency Services). Tato mezinárodní organizace úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací a jinými mezinárodními, zdravotně-sociálními institucemi. Aktivně se také účastní vzdělávání spolupracovníků linek důvěry a podporuje zřizování nových linek tam, kde dosud tato služba není. Vytvořila mezinárodní normy telefonické pomoci .

Základními zásadami IFOTES pro linky důvěry jsou:

1. Každému volajícímu a každému , kdo přijde do osobního kontaktu s pracovníky linky důvěry, je zaručena absolutní anonymita. Absolutní mlčenlivost týkající se volajícího smí být porušena jen na jeho výslovnou žádost.
2. Na volajícího ani na pracovníka linky důvěry nesmí být vykonáván jakýkoliv nátlak týkající se jeho přesvědčení, náboženství, politiky ani ideologie.

3. Všichni spolupracovníci linek důvěry procházejí pečlivým výběrem, přípravou a školením. Při jejich výběru je potřeba brát zejména v úvahu schopnost pochopení pro druhého člověka, schopnost empatie a smysl pro solidaritu.
4. Od volajícího nesmí být požadován finanční ani jakýkoliv jiný závazek.
5. Pracovníci linek důvěry mohou vypovídat před soudem jen po předběžném svolení klienta a vedoucí linky důvěry (Vodáčková, 2002, s. 208-209).

První linka důvěry v České republice byla založena v roce 1964 na psychiatrické klinice FVL UK Miroslavem Plzákem. O rok později založil Josef Hádlík linku naděje v Brně. Do roku 1989 v ČSSR fungovalo 12 linek důvěry. Skoro všechna pracoviště linek důvěry byla zdravotnická. Výjimkou byla linka důvěry v Bratislavě – zde ji zajišťovala pedagogicko-psychologická poradna. První nezdravotnickou linkou se oficiálně stala v roce 1992 Linka důvěry v Liberci jejímž zřizovatelem byl Okresní ústav sociálních služeb. Po sametové revoluci prudce vzrostl počet linek důvěry, zvyšoval se i podíl nestátních linek. Od roku 1999 se počet pracovišť linek důvěry stabilizoval (Nováková, 2002).

Díky vzniku mnoha nových pracovišť linek důvěry po roce 1989 se objevila potřeba odborné záštity a subjektu sjednocujícího pracovní filozofii v této oblasti. Proto vznikla Česká asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD). Tato asociace byla zaregistrována jako občanské sdružení dne 10.4.1995 u Ministerstva vnitra České republiky. Zaměřuje svou činnost v oblasti linek důvěry:

- chrání zájmy pracovníků zapojených do činnosti linek důvěry a jejich klientů
- pomáhá při vzdělávání pracovníků linek důvěry
- sleduje a podporuje rozšiřování linek důvěry v regionech
- dbá o návaznost další péče o klienty linek formou mapování psychosociálních a zdravotních služeb v ČR
- spolupracuje s navazujícími organizacemi
- dbá na etickou, lidskou i odbornou úroveň linek
- vydává etický kodex pracovníka LD
- osvětová a publikační činnost (Janečková, 2002).

1.9. Prevence

Primární prevencí rozumíme veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se sociálně patologickými jevy, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření (Budinská, 2006).

Primární prevenci můžeme dále dělit na specifickou a nespecifickou (Hála, 2005).

Důraz je kladen zejména na specifickou primární prevenci tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu. Není (ekonomicky ani odborně) smysluplné, aby všemi typy těchto programů procházely např. všechny děti, ale pouze ty, u nichž předpokládáme vyšší pohotovost k rizikovému chování (ať již z hlediska věkového, sociálního apod.). Nejjednodušší definicí specifických preventivních programů je tzv. ekonomická negativní definice. Programy specifické primární prevence jsou všechny takové programy, které by neexistovaly, kdyby neexistoval problém sociálně patologických jevů, tj. tyto programy by za neexistence fenoménu sociální patologie nevznikaly a nebyly rozvíjeny (MŠMT, 2005).

Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity, které tvoří nedílnou součást primární prevence a jejímž obsahem jsou všechny metody a přístupy umožňující rozvoj harmonické osobnosti, včetně možnosti rozvíjení nadání, zájmů a pohybových a sportovních aktivit. Programy nespecifické prevence (např. různé volnočasové aktivity) by existovaly a byly žádoucí i v případě, že by neexistovaly sociálně patologické jevy, tj. bylo by i v takovém případě smysluplné tyto programy rozvíjet a podporovat. Nespecifické programy v tomto smyslu nelze vztahovat k určitému fenoménu, jehož výskytu se program snaží předcházet (působí obecně, nespecificky), nebo jeho výskyt alespoň posunout do vyššího věku cílové skupiny (Vaníčková, 2002).

Jako primární prevence jsou s úmyslem získání finančního příspěvku velmi často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity (Nichols, 2001).

Prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (dále jen "prevence") v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy zahrnuje především aktivity v oblastech prevence:

- a) násilí a šikanování,
- b) záškoláctví,
- c) kriminality, delikvence, vandalismu aj. forem násilného chování,
- d) ohrožení mravnosti a ohrožování mravní výchovy mládeže,
- e) xenofobie, rasismu, intolerance a antisemitismu,
- f) užívání návykových látek (vč. opomíjeného alkoholu a kouření), anabolik, medikamentů a dalších látek,
- g) netolismu (virtuálních drog) a patologického hráčství,
- h) diváckého násilí,
- i) komerčního sexuálního zneužívání dětí,
- j) syndromu týraných a zneužívaných dětí,
- k) sekt a sociálně patologických náboženských hnutí (MŠMT, 2006).

Profesor Dunovský rozděluje primární prevenci podle oblastí působení na aktivity zaměřené:

- na širokou veřejnost
- na rodiče a jiné vychovatele nynější i budoucí
- na odborné pracovníky a veřejné činitele (1995, s. 104).

Sekundární prevencí se rozumí aktivity zaměřené na rizikové skupiny obyvatelstva, na jejich detekci a dále cílené působení na tyto skupiny, tak, aby se riziko působení sociálně patologických jevů snížilo na minimum (Svoboda, 2006).

Jedná se tedy o působení tam, kde se „problém“ již objevil (Hamanová, 2001). V této oblasti jsou to nejčastěji programy zaměřené do oblasti drogové problematiky a šikany ve školách (Masáková, 2005).

Terciární prevence se snaží minimalizovat následky působení sociálně patologického jevu a zabránit dalšímu zhoršování situace (Hartl, Hartlová, 2000).

Do oblasti této prevence se zahrnují programy:

- reekudační - převýchovný, např. individuální nebo skupinový program, trénink,
- kompenzační – nahrazující chybějící dovednosti jinými,
- resocializační - zaměřené na znovu začlenění do společnosti (Deaton, 2001).

Tato oblast prevence je v naší republice nejméně propracována. Odborníci zabývající se například syndromem CAN poukazují na nedostatek odborné pomoci

obětí trestných činů, ale také pachatelům těchto činů. S pachateli je pracováno v rámci restriktivních opatření, chybí však komplexní programy péče o ně a jejich rodiny (Hamanová, 2001).

1.10. Vybrané mezinárodní dokumenty deklarující právo dětí na pomoc státu

Prvním dokumentem, který byl vytvořen přímo pro děti, se stala Ženevská deklarace práv dítěte (1924). Postulovala v pěti bodech ta nejpodstatnější práva dítěte – zajištění normálního tělesného a duševního rozvoje s využitím všech jeho kapacit pro blaho lidstva, ochranu před jakýmkoli strádáním, při čemž požadovala poskytnout dítěti vždy pomoc jako prvnímu (Dunovský, 1999).

V roce 1959 byla vytvořena Charta práv dítěte, která v preambuli zdůrazňuje, že lidstvo je povinno dát dětem to nejlepší, co jim může dát. V deseti zásadách popisuje a rozšiřuje chápání jednotlivých práv – nediskriminaci, dodržování zájmu dítěte (který je nejvyšším měřítkem zákonodárné činnosti v této oblasti), dále právo na jméno a státní příslušnost; na zvláštní zacházení v případě dětí s postižením; právo vyrůstat v péči svých rodičů, nárok na vzdělání a ochranu před všemi formami vykořisťování. Charta práv dítěte, podobně jako Všeobecná deklarace lidských práv, není závazným dokumentem, opět se stala politickým a filosofickým nástrojem pro formulování dalších mezinárodních paktů (Vybrané dokumenty v péči o rodinu, 2000).

Zatím posledním dokumentem v této oblasti je Úmluva o právech dítěte (1989), která přináší zcela nový pohled na dítě.

Úmluva o právech dítěte je – spolu s Listinou základních práv a svobod – součástí ústavního pořádku České republiky. Z její ratifikace vyplývá pro smluvní strany, jimiž jsou státy jednotlivých zemí, které Úmluvu ratifikovaly, řada závazků, souvisejících s implementací Úmluvy na území ČR. Důležitým článkem v oblasti práva dítěte na pomoc je například článek č. 19. v něm je stanoveno, že stát má dítě chránit před násilím a všemi formami špatného zacházení ze strany rodičů nebo jiných osob starajících se o dítě, má zavádět vhodné sociální programy zaměřené na prevenci násilí a na pomoc jeho obětem (Zákon č. 104/1994 Sb, 2002).

Důležitá organizace zabývající se dětskými právy je UNICEF. Dětský fond OSN – UNICEF je největší světovou organizací, která se celosvětově zabývá ochranou a

zlepšováním životních podmínek dětí a podporou jejich všestranného rozvoje. Založen byl v roce 1946. Právě díky němu vznikla již zmiňovaná Úmluva o právech dítěte (UNICEF, 2004.).

V obecné rovině je možno rozdělit dokumenty dotýkající se právního postavení dětí do třech základních skupin:

1. Dokumenty obecně upravující právní postavení dětí. Typickým příkladem je Deklarace práv dítěte, kterou vyhlásila OSN v roce 1959, dále pak Úmluva o právech dítěte, přijatá na Valném shromáždění OSN v roce 1989.
2. Dokumenty, které se zabývají specifickými otázkami statusu dětí. Do této skupiny patří úmluvy připravené Mezinárodní organizací práce (ILO), Ženevské úmluvy o ochraně obětí ozbrojeného konfliktu z roku 1949 a další.
3. Dokumenty, které přiznávají práva každé lidské bytosti, tedy i dítěti. Sem patří Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948 (Zoubková, 1999.).

Základní potřeby a lidská práva – v našem případě práva dětí – jsou propojeny a navzájem se podpírají. Práva jsou reflektované potřeby – potřeby, které si uvědomujeme a které zároveň uznáváme a respektujeme u svých bližních. A služby jsou, v tomto řetězci, dobré jedině tehdy, pokud vedou zpět k základním, vitálním lidským potřebám.

Vztah, o němž hovoříme, lze vyjádřit následujícím způsobem:

„potřeby→požadavky→práva→služby“ (Kovařík, 2001).

Nejlepší zájem dítěte pak znamená takovou konstelaci okolností, takové uspořádání životní situace dítěte, v němž mohou být trvale, smysluplně a individuálně přiměřeně – tedy optimálně – uspokojovány základní potřeby dítěte. Identifikovat tyto potřeby pak není jen klíčovým problémem při hledání a určení nejlepšího zájmu dítěte, ale také významným krokem v procesu porozumění životnímu světu dítěte, resp. životním světům různých dětí. A porozumění je nezbytnou podmínkou účinné podpory a pomoci (Kovařík, 2004).

2. Předvýzkum

2.1. Cíl

Cílem předvýzkumu bylo ověření výzkumných postupů a případná následná korekce zvolených sledovaných proměnných (metoda sběru dat – práce s osobní dokumentací) a pokládaných otázek (metoda sběru dat – dotazník).

2.2. Metody sběru dat

2.2.1. Práce s osobní dokumentací

Pracovala jsem s osobní spisovou dokumentací, kterou vedou a zpracovávají pracovníci Krizového centra pro děti a rodinu v Jč. kraji. Každý uživatel služby (dříve používané pojmenování klient) má svou složku, kde jsou archivovány záznamy jednotlivých konzultací, záznamové archy psychodiagnostických testů a případné zprávy dalších zainteresovaných institucí.

Pro výzkum jsem zvolila následující sledované proměnné:

Pohlaví	Charakter konzultace
Věk	Způsob krizové intervence
Bydliště	Doporučení (jak se do KC dostali)
Vzdělání	Spolupráce na vedení případu
Počet konzultací	Řešená problematika
S kým konzultovali	Od kdy jsou uživatelé
Způsob kontaktu	

Proměnné byly dále rozděleny na kategorie, které měly své jednotlivé kódy (viz Příloha č.2).

2.2.2. Dotazník

Druhou metodou sběru dat je dotazník. Dotazníkové šetření jsem zvolila z důvodu postihnutí velkého počtu respondentů během krátké doby. Pro zjištění většího počtu informací jsem převážně volila otevřené otázky, které budou následně zpracovány a odpovědi kódovány.

V rámci předvýzkumu je nutné ověřit formulaci jednotlivých otázek a zjistit nejvhodnější postup při zpracovávání odpovědí na otevřené otázky. Formulář dotazníku je přiložen v Příloze č. 3.

2.3. Výzkumný soubor

2.3.1 Výzkumný soubor – práce s osobní dokumentací

Výzkumným souborem byli uživatelé služeb Krizového centra pro děti a rodinu v Jč. Kraji (dále jen KC) Zvolila jsem uživatele ve věku do 25 let, kteří služby KC vyhledali v roce 2004. Kritérium výběru bylo počáteční písmeno jejich příjmení, kdy jsem náhodně vylosovala dvě písmena – K a S. Předvýzkum se uskutečnil během dubna 2006.

Tab. 1. Charakteristika souboru OD

Pohlaví respondentů	Počet	%
žena	14	53,8
muž	12	46,2
Celkem	26	100

2.3.2. Výzkumný soubor – dotazník

Výzkumným souborem byli žáci Střední zdravotnické školy Husova ulice České Budějovice. Zde jsem za respondenty zvolila náhodným výběrem (losováním) jednu třídu z této školy – 4. ročník oboru Zdravotnický laborant. Šetření proběhlo 3.dubna 2006, bylo přítomno 20 žáků z celkového počtu 27 žáků. Dotazníky jsem zadávala osobně.

Tab. 2. Charakteristika souboru Dotazník

Pohlaví respondentů	Počet	%
žena	16	80
muž	4	20
Celkem	20	100

2.4. Výsledky předvýzkumu

2.4.1. Práce s osobní dokumentací

V rámci předvýzkumu jsem testovala připravené proměnné, které jsem zpracovávala z jednotlivých osobních složek uživatelů. Zpracovala jsem dle 13 kategorií 26 složek dokumentace uživatelů. Data byla zaznamenávána do Excelové tabulky, kdy každý uživatel byl zapsán na 1 řádek, sloupce odpovídaly jednotlivým proměnným.

Tabulka č. Ukázka záznamového archu dat

pohl	vek	bydli	vzdelani	pkonz.	konzul.	kontakt	chkon	Kl	dop	spolupr	probl.	od	čí
0	2	1	2	1	0	0	7	6	7	2	11	1	0
0	2	0	2	3	0	3	6	1	7	0	1	0	0
0	2	0	1	2	0	0	6	0	3	10	4	1	0
0	2	0	0	6	0	0	5	0	7	11	5	0	0
0	2	0	1	1	0	0	5	0	2	2	7	0	0

Pozn: Názvy proměnných byly velmi zkráceny – jedná se pouze o ilustraci záznamu.

Výsledky otestovaly správné rozdělení proměnných:

Pohlaví

Věk

Bydliště

Vzdělání

Způsob kontaktu

Doporučení (jak se do KC dostali)

Od kdy jsou uživatelé

V ostatních 6 proměnných bylo potřeba upravit kódování, připravené kódy nepokryly spektrum zjištěných dat, případně zvolené kategorie byly příliš detailně kódovány.

U proměnné „Počet konzultací“ bylo kódování nastaveno v jednotce 1 konzultace, pro samotný výzkum není potřeba uvádět 7 kódů.

Proměnná „Konzultace s“ předpokládala pouze jednoho pracovníka, který se na případu podílel. Šetření ukázalo nutnost úpravy kódů pro vedení případu více pracovníky. Stejně tak bylo potřeba rozšířit kategorii u proměnné „Charakter

konzultace“ kde docházelo k návaznosti jednotlivých typů intervencí. U proměnné „Spolupráce na případu s“ šetření ukázalo nutnost rozšíření kategorií. Naopak u poslední upravované proměnné „Problematika“ byla nutná redukce kategorií.

V rámci předvýzkumu jsem úpravu kódů řešila tak, že jsem ponechala původní kódy a za ně uváděla další – nově vytvořené kódy. Po úpravě kódů jsem data přenesla do programu SPSS Base verze 13.00 a následně vytvořila vzorové tabulky. Ověřila jsem tak pracovní postup tvorby výstupů.

Tab. 4 Bydliště uživatelů

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid ČB	21	80,8	80,8
JihKr	5	19,2	19,2
Total	26	100,0	100,0

Bydliště uživatelů ve sledovaném souboru bylo z 80% s trvalým bydlištěm na území města České Budějovice, z jiných měst Jihočeského kraje bylo 19,2 % uživatelů.

Tab. 5 Vzdělání uživatelů

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid ZŠ	21	80,8	80,8
Vyuč en	1	3,8	3,8
SŠ	4	15,4	15,4
Total	26	100,0	100,0

Ve sledovaném souboru mělo 80,8 % respondentů základní vzdělání či vzhledem k věku absolvovali povinnou školní docházku. Proměnná nerozlišuje mezi tím, zda školu dokončili, či ji právě studují.

Tab.6 Řešená problematika

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid probíhající rozvod	6	23,1	23,1
změna péče po rozvodu	3	11,5	11,5
emoční poruchy	5	19,2	19,2
poruchy chování	5	19,2	19,2
školní pr	4	15,4	15,4
týrání	1	3,8	3,8
zneužívání	1	3,8	3,8
zanedbávání	1	3,8	3,8
Total	26	100,0	100,0

Výzkum ukázal, že nejčastějším důvodem krizové intervence ve věkové skupině dětí a mládeže je probíhající rozvod, dále pak poruchy chování a emoční poruchy. Tyto tři kategorie tvoří 61,5% z celkového počtu.

2.4.2. Dotazník

Výsledky předvýzkumu týkajícího se dotazníku, jako metody sběru dat, ukázaly správnost formulovaných otázek. Respondenti byli schopni odpovědět na všechny otázky. Rozuměli použité terminologii.

Bylo náročné zaznamenávat odpovědi na otevřené otázky – volila jsem kódování každé nové odpovědi. Výsledkem bylo velké množství kódů i v rámci odpovědi na jednu otázku. Záznamový arch byl proveden v Excellové tabulce, každý respondent byl zobrazen na jedné řádce, sloupce odpovídaly jednotlivým otázkám v dotazníku.

Tab..7 Ukázka záznamového archu odpovědí 4 respondentů

1	1	1	0	1,2	1,4	0	10,2	1,2,6	0,1,3	0	0,1	5	0	0	0,1
1	1	1	0	0	4	0	4	1,3,11	0,1,3	0	1,2	5	0	0	0,1
1	1	1	0	2	4	0	0,2,10	1,0,7	0,1,3	0	4	0	0	0	0,1,2,7
1	1	1	0	0	4	0	2	2,6,10	0,1,3,5	0	4	5	1	0	0

2.5. Diskuze k předvýzkumu

Předvýzkum poukázal na nutnost korekce zvolených kategorií při práci s osobní dokumentací uživatelů služeb KC. Zároveň během zpracování odpovědí v této části výzkumu jsem si uvědomila, že je nutné přidat dále další proměnnou a to „Doprovod“

– tato proměnná zaznamená, zda uživatelé dětského věku přicházeli sami, či je doprovázel rodič. Tato skutečnost je důležitá při zacílení preventivních aktivit.

Podnětem k zamyšlení byla v rámci proměnných vypovídající hodnota proměnné „Vzdělání“ – zde není patrné, zda uživatel školu studuje, či ji již dokončil. Pro další práci je nutné proto proměnnou propojit s věkem, zde se tato skutečnost již zobrazí lépe.

Dalším důležitým aspektem práce s osobní dokumentací je časová náročnost zpracovávání dat. Je nutno procházet jednotlivé složky dokumentace a vyhledávat jednotlivé sledované kategorie. Osvědčil se způsob záznamu ve formě Excellové tabulky – takto uložená dat je poté snadné importovat do programu SPSS Base – verze 13.00 a vytvořit výstupy výzkumu přehledné statistiky.

Druhou metodou sběru dat, kterou jsem si pro výzkum zvolila byl dotazník. Snažila jsem se jej formulovat tak, aby poskytoval široké spektrum informací o respondentech v oblasti informovanosti o možnostech krizové intervence. Ověřila jsem si správné formulování otázek. Zpracování dat bude nutné provádět ve dvou stupních – první zahrnuje detailní záznam všech odpovědí (v příslušných kódech) a druhý stupeň redukci dat do společných příbuzných kategorií. Tato redukce je nutná pro možnost zpracování dat do programu SPSS. Příbuzné kategorie není možné vytvořit na takto malém vzorku respondentů – použiji je až v samotné výzkumné části mé práce.

3. Cíl práce a hypotézy

3.1. Cíl práce

Cílem práce je rozbor příčin krizové intervence u dětí a mládeže a monitoring možností odborné pomoci.

Z výzkumného hlediska se jedná o:

- zmapování nejčastějších příčin krizové intervence u cílové skupiny,
- vytvoření originálního systému zpracovaných dat o uživatelích služeb Krizového centra CB, který bude použitelný i pro ostatní obdobná zařízení,
- posouzení komplexnosti poskytované péče Krizového centra CB u cílové skupiny,
- posouzení informovanosti odborné veřejnosti o možnostech krizové intervence.

3.2. Hypotézy

H 1: Důvody krizové intervence u uživatelů služeb Krizového centra CB jsou spojeny ze 30% s rozvodem rodičů.

H 2 : Krizové centrum CB spolupracuje při řešení případů pouze s jednou institucí.

H 3: Většina studentů ZSF JU v CB (tedy více jak 50%) umí definovat krizovou intervenci, přitom umí znamená alespoň přibližnou definici.

H4: Odpovědi studentů ZSF JU v CB ukazují variabilitu uváděných informačních zdrojů o krizové intervenci.

H 5: Statistika uživatelů služeb KC ve věku do 25 let ukazuje variabilitu řešených problémů.

H 6: Existuje vztah mezi důvodem krizové intervence u vybraných uživatelů služeb KC a počtem intervencí.

H7: Existuje vztah mezi věkem uživatelů služeb krizového centra a způsobem kontaktu.

4. Metodika

4.1. Sběr dat

Práce s osobní dokumentací - každý s uživatelů centra má svou osobní složku, kde jsou uloženy záznamy jednotlivých konzultací, záznamy provedených psychotestů, zprávy všech spolupracujících odborníků. Dle stanovených kritérií budu sledovat jednotlivé kategorie a jejich vzájemnou propojenost.

Výjimečnost studia dokumentů jako techniky sběru dat spočívá v tom, že se neodehrává v „živém“ terénu, ale v pracovnách – výzkumník si může zvolit čas věnovaný této technice a nepracuje pod tlakem tolika rušivých vlivů. Nevýhodou je její pracnost a zdlouhavost a výsledkem po mnoha týdnech práce je několik málo dat (Novotná, 1994, s. 70).

Statistické zpracování dat - zjištěné údaje statisticky zpracuji podle vybraných kritérií. Tuto formu jsem zvolila pro její stručnost a jasnost ve výsledcích zpracování. Data budou zobrazena do tabulek a grafů.

Statistiku je obecně možné charakterizovat jako praktickou činnost spočívající ve sběru a zpracování číselných údajů o hromadných přírodních a společenských jevech a procesech (Sýkorová, 2005).

Dotazník – je nástroj sociologického především kvantitativně orientovaného výzkumu (Jandourek, 2001, s. 66). Dotazníkem jako technikou sběru dat rozumíme formulář obsahující otázky a prostor pro jejich zodpovězení, který zaplňuje sám respondent – tj. ten kdo odpovídá (Novotná, 1994, s. 56). Použití této metody je ke zjištění informovanosti laické veřejnosti ale i odborníků o možnostech péče o ohrožené děti a mládež, dotazník je jednou z nejpoužívanějších forem výzkumného šetření. Jeho výhoda spočívá v tom, že je snadno zpracovatelný a dá se během krátké doby postihnout široký soubor respondentů (Ferjenčík, 2000, s. 183) Použiji jej pouze jako metodu doplňkovou.

4.2. Zpracování dat

4.2.1. Zpracování dat z osobní dokumentace

Získaná data z osobní dokumentace uživatelů KC jsou zpracována podle níže uvedených kódů. Kategorie a kódy byly vytvořeny na základě Výroční zprávy Krizového centra pro děti a rodinu v Jč. kraji a dále pak při studiu statistik zpracovaných v jiných zařízeních, které poskytují sociální služby.

Velmi důležitým aspektem přípravy kategorií byl samotný výzkumný cíl práce a stanovené hypotézy. Získaná data musí přinášet informace o dané tématice a sloužit jako podklad pro potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

Díky realizace předvýzkumu, byly kódy dále upraveny – některé kategorie rozšířeny, jiné redukovány. Vloženy byly i úplně nové kategorie.

Pro snadnější manipulaci s daty, byly sloučeny záznamové matice výzkumu uživatelů za rok 2005 a 2006 – vznikl tak pouze jeden soubor dat. Přidala jsem však proměnnou „Rok výzkumu“, aby bylo možné s daty pracovat a oba roky vzájemně porovnávat a zachytit tak případné změny. Data z tohoto souboru budou přenesena do statistického programu SPSS modul Base verze 13.0. Výstupy budou formou tabulek a grafů.

Tab. 8 Kódování klienti KC

Value	Label
pohlaví	0 muž 1 žena
věk	0 0-5let 1 6-10let 2 11-15let 3 16-20let 4 21-25let
bydliště	0 ČB 1 JihKr 2 JinýKr
vzdělání	0 ZŠ 1 Vyučen 2 SŠ 3 VOŠ 4 VŠ 5 Bez

pkonzultací	1 1-2 2 3- 4 3 5-6 4 7 a více
konzultaces	0 psych 1 socprac 2 psych+soc.prac 3 3členovětýmu
způsobkontaktu	0 osobní 1 telefon 2 mail 3 osobní+telefon
chkonzultace	0 KI 1(a) poradenství 2(a) diagnostika 3(a) psychoterapie 4 řízený styk

	5	KI+poradenství
	6	KI+diagnostika
	7	KI+diagn+psychoter
KI	0	tvář v tvář
	1	telefon
	2	e-mail
	3(a)	nebyla
doporučení	0	OSPOD
	1	soud
	2	dětský lékař
	3	psychiatr
	4	škola
	5	policie
	6	jiná instituce
	7	vlastní iniciativa
spolupráce	0	OSPOD
	1	soud
	2	dětský lékař
	3	psychiatr
	4	škola
	5	policie
	6	jiná instituce
	7	OSPOD+policie

	8	OSPOD+policie+lék ař
	9	OSPOD+soud
	10	OSPOD+škola
	11	žádná
problematika	0	probíhající rozvod
	1	změna péče po rozvodu
	2	partnerské problémy
	3	psychosomatické pr
	4	emoční poruchy
	5	poruchy chování
	7	školní pr
	9	jiné
	10	syndromeCAN
klientid	0	2006
	1	2005
	2	2004
doprovod	0	rodiče
	1	vychovatel
	2	sám
rokvýzkumu	0	2005
	1	2006

a Missing value

Pro doplnění získaných údajů byl výzkum rozšířen o data uživatelů krizového centra Spondea. Tyto údaje byly zpracovány ze statistik, které si toto centrum samo vyhotovuje. Důležitými údaji zde byl věk uživatelů, kdo byl podnětem pro kontaktování centra a řešená problematika. Data jsou zpracována v Excelových tabulkách a grafech.

4.2.2. Zpracování dat z dotazníkového šetření

Zpracování dat v případě dotazníkové šetření bylo prováděno odlišným způsobem. Kódy byly vytvořeny až v průběhu zpracování jednotlivých vyplněných formulářů. Díky otevřeným otázkám vzniklo velké množství odpovědí. V první fázi jsem každé nové odpovědi přidělila nový kód, ve druhé fázi jsem poté spojovala podobné odpovědi do společných kódů. Tento postup zpracování dat byl velmi náročný. Bylo nutné po vytvoření nových, společných kódů pro více podobných odpovědí původní data znovu překódovat a vytvořit novou matici dat. Teprve po překódování dat

bylo možné matici použít pro transformaci dat do statistického programu SSPS modul Base verze 13.0. Výstupy jsou opět tabulky a grafy.

Formulář dotazníku je uložen v příloze č. 3.

Tab.9 Kódování dotazník

Value		Label
věk	0	do 20
	1	21-25
	2	26-30
	3	31-35
	4	36-40
	5	41-45
	6	46-50
	7	více než 50
pohlaví	0	muž
	1	žena
zaměstnání	0	SŠ
	1	VŠ
	2	VŠ+učitel
	3	VŠ+zdravotník
definice_KI	4	VŠ+ soc.prac.
	0	správná
	1	přibližná
	2	špatná
co_je_krize	3	nevím
	0	čl.nedokáže řešit
	1	stres.situace
	2	psych.strádání
kdo_muže_pomoci	3	vyboč.z normy
	4	nžs
	0	rodiče
	1	učitelé
	2	kamarádi
	3	příbuzní
	4	instituce
znáte_instituci	5	uč+inst
	6	rod+uč+inst
	7	4možnosti
	0	ano
jakou	1	ne
	0	linka bezpečí
	1	KC
	2	LB+KC+BKB
	3	LB+KC+PPP
	4	LB+PPP
	5	LB+MÚ
	6	LB+nadace
	7	LB+KC+nadace
	8	LB+KC+centra pro děti
	9	LB+KC+MÚ
	10	LB+KC+HIV linka
	11	neuveдено
důvody_kontaktu	0	CAN
	1	CAN+Š+ŠZ
	2	VP+A+NR
	3	CAN+D+PŠ
	4	CAN+PŠ
	5	CAN+D+A
	6	Š+ŠZ+NR
	7	NR+PŠ
	8	PV+VP
	9	CAN+R+Š
	10	CAN+R+ŠZ
	11	CAN+R+PŠ
	12	CAN+R+PK
	13	ŠZ+R+Z
	14	NR+PŠ+Z
	15	Š+NR+PŠ
16	CAN+Š+NR	
způsob_kontaktu	0	osobně
	1	telef
	2	osobně+telef
	3	telef+mail
	4	telef+prostředník
	5	prostředník
vyhl.pomoci	0	ano
	1	ne
	2	nevím
kam	0	psycholog
	1	KC

	2	LB
	3	MÚ
	4	podle problému
	5	blízká osoba
	6	KC+podle problému
	7	KC+blízká osoba
	8(a)	neuveдено
překážky	0	strach
	1	nedost.odhodlání
	2	nedostatek info
	3	nic
	4	nevím
	5	stud
	6	zvládnou sama
	7	neochota prac.
	8	dostupnost
	9(a)	neuveдено
info	0	dostatek
	1	málo
	2	vůbec ne
vím_kde_info	0	ano
	1	ne
kde	0	internet
	1	přímo v instituci
	2	zlaté stránky /ZS/
	3	TV
	4	knihovna
	5	rádio
	6	známý
	7	Letáky + ZS
	8	časopisy
	9	škola
	10	internet+lékař
	11	neuveдено

a Missing value

4.2.3. Zpracování dat pro potřeby testování hypotéz

Pro potřeby testování hypotéz bylo nutné upravit některé proměnné. U těchto proměnných došlo k výrazné redukci dat, avšak pro testování toto bylo nezbytné. Výsledky zpracování těchto upravených dat budou uváděny též samostatně.

Příprava datového souboru z osobní dokumentace:

1. Restrukturalizace proměnné spolupráce na multiple response set \$spoluprace tvořený kategorizovanými proměnnými spoluprace1, spoluprace2 a spoluprace3.
2. Vytvoření nové proměnné pocetinstituci, která udává, zda krizové centrum spolupracovalo s jednou institucí (kód 1) nebo s více (kód 2). Vznikla z proměnné spolupráce takto:
 - pokud spolupráce nabývá hodnot 0 - 6, pak je pocetinstituci = 1,
 - pokud spolupráce nabývá hodnot 7 - 10, pak je pocetinstituci = 2,
 - pokud spolupráce nabývá hodnotu 11, pak je pocetinstituci = -1.
4. Vytvoření nové proměnné pocetinstituci2, která udává, zda krizové centrum spolupracovalo s jednou institucí (kód 1) nebo s více (kód 2). Vznikla z proměnné spolupráce a doporučení, kdy se i doporučení bere jako druh spolupráce, a to tímto způsobem
 - pokud spolupráce nabývá hodnot 0 - 6, pak je pocetinstituci2 = 1, ale
 - pokud spolupráce nabývá hodnot 0 - 6 a spolupráce se nerovná doporučení a doporučení není rovno 7, pak je pocetinstituci2 = 2,
 - pokud spolupráce nabývá hodnot 7 - 10, pak je pocetinstituci2 = 2,
 - pokud spolupráce nabývá hodnotu 11, pak je pocetinstituci2 = -1, ale
 - pokud spolupráce nabývá hodnotu 11 a doporučení není rovno 7, pak je pocetinstituci2 = 1.
5. Rekategorizace proměnné způsobkontaktu, a to takto:
 - sloučení kategorií Telefonní a Mailem do kategorie Telefonní nebo mailem,
 - sloučení nové kategorie Telefonní nebo mailem s kategorií Osobní a telefonní do kategorie Osobní a telefonní/mailem.
7. Rekategorizace proměnné problematika následujícím způsobem:
 - sloučení kategorií Probíhající rozvod a Partnerské problémy do kategorie

Probíhající rozvod nebo partnerské problémy, sloučení kategorií Psychosomatické problémy a Jiné do kategorie Jiné.

8. Vytvoření nové proměnné problemH1 z proměnné problematika takto:

Sloučení kategorie Probíhající rozvod a Změna péče po rozvodu do kategorie Rozvod a sloučení ostatních kategorií do kategorie Jiné.

Restrukturalizace proměnné spolupráce byla potřebná, protože obsahuje odpovědi na otázky s vícenásobnými odpověďmi, tzv. multiple response set, a tedy se četností a procenta pro ně nemůžou počítat standardním způsobem. Proměnné pocetinstituci a pocetinstituci2 byly vytvořeny pro potřeby testování druhé hypotézy.

Rekategorizace proměnných způsobkontaktu a problematika byla učiněna pro zvýšení spolehlivosti statistických metod použitých na testování šesté a sedmé hypotézy. Stejně tak vytvoření nové proměnné problemH1 – pro potřeby testování první hypotézy.

Příprava datového souboru z dotazníkového šetření:

1. Vytvoření nové proměnné defKI2 (definování krizové intervence 2), která vznikla rekategorizací proměnné definiceKI takto:

- sloučení kategorie Správná a Přibližná do kategorie Umí (kód 0)
- sloučení kategorie Špatná a Nevím do kategorie Neumí (kód 1)

Tato nová proměnná vznikla pro potřeby testování hypotézy č. 3.

2. Vytvoření nové proměnné pocetinstituci, která udává, zda respondenti uvedli 1 institucí (kód 1), dvě instituce (kód 2), tři instituce (kód 3) nebo žádnou (kód - 1).

Vznikla z proměnné jakou (jakou institucí respondenti znají) a to tímto způsobem:

- pokud jakou nabývá hodnot 0 - 1, pak je pocetinstituci = 1
- pokud jakou nabývá hodnot 2 - 3, pak je pocetinstitucí = 3
- pokud jakou nabývá hodnot 4 - 6, pak je pocetinstitucí = 2
- pokud jakou nabývá hodnot 7 - 10, pak je pocetinstitucí = 3
- pokud jakou nabývá hodnot 8, pak je pocetinstitucí = - 1

Tato nová proměnná vznikla pro potřeby posouzení informovanosti studentů ZSF JU v CB – netýká se tedy testování hypotéz, ale splnění výzkumného cíle.

4.2.4. Doplnující údaje

Statistický program SPSS je v anglickém jazyce. Popisky jednotlivých operací jsou tedy uvedeny v tomto jazyce. Při vytváření datové matice je možné názvy proměnných a jednotlivých kategorií zadat v českém jazyce. Výstupy proto jsou z části v jazyce anglickém a z části v jazyce českém. Pro snadnější práci s výstupy je uveden stručný slovník základních anglických použitých pojmů (viz Příloha č. 4). Účelem slovníku není výklad jednotlivých pojmů, pouze jejich překlad do českého jazyka. Některé názvy se však ustáleně používají bez překladu proto nejsou ve slovníku uvedeny.

4.3. Použité statistické metody

4.3.1. Chí-kvadrát test nezávislosti

Test je založen na porovnávání pozorovaných četností s četnostmi očekávanými za předpokladu nezávislosti dvou kategorizovaných proměnných. Testuje se nulová hypotéza, že dvě kategorizované proměnné na sobě nezávisí proti alternativní hypotéze, že mezi nimi nějaký vztah existuje. Jako testové kritérium se používá Pearsonova statistika chí-kvadrát daná vztahem

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(n_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}},$$

kde n_{ij} jsou pozorované četnosti a E_{ij} očekávané četnosti. Za platnosti nulové hypotézy má statistika chí-kvadrát asymptoticky chí-kvadrát rozdělení s $(R-1)(C-1)$ stupni volnosti, R je počet řádkových kategorií a C je počet sloupcových kategorií. Vypočtena hodnota testové statistiky se porovnává s kvantilem chí-kvadrát rozdělení $\chi^2_{1-\alpha}((R-1)(C-1))$.

Podmínky pro aplikaci testu: očekávaná četnost vždy větší než 1 a v alespoň 80 % případů větší než 5. V případě, že tyto předpoklady nejsou splněny, slučují se kategorie tak, aby se docílilo zvýšení očekávaných četností (Zichová, 2006).

4.3.2. Znaménkové schéma

V případě zamítnutí hypotézy nezávislosti je třeba specifikovat neshodu. Úloha se řeší testem pro odchylky v jednotlivých kategoriích. Hypotézy:

$$H_0: p_k = \pi_k$$

$$H_A: p_k \neq \pi_k \quad \text{pro } k = 1, \dots, K,$$

kde p_k je relativní četnost v populaci, π_k je předem dané číslo a K je počet kategorií.

Každá z hypotéz se testuje pomocí z-testu:

$$z_k = \frac{n_k - n\pi_k}{\sqrt{n\pi_k(1 - \pi_k)}}.$$

Podmínky pro použití testu: n je alespoň 30 a očekávaná četnost $n\pi_k \geq 5$. Kritické hodnoty pro $\alpha = 0,05$; $0,01$ a $0,001$ jsou postupně 1,96; 2,58 a 3,29. Shodu zamítáme je-li $|z_k| \geq$ zvolená kritická hodnota. Při znázornění odchylek je použito grafického vyjádření výsledků.

Postup při vytváření znaménkového schématu:

1. Provedeme postupně z-testy pro jednotlivá pole tabulky.
2. Určíme, zda hodnoty statistik překračují kritické hodnoty a každému poli je přiřazeno znaménko plus nebo minus podle toho, jak silně je odchylka signifikantní a zda je rozdíl skutečné a očekávané četnosti kladný nebo záporný – podle tří zvolených hladin významnosti (0,05; 0,01 a 0,001).

Je-li $|z_k| < 1,96$ kategorií je přiřazeno znaménko shody o

Je-li $|z_k| \geq 1,96$ kategorií je přiřazen znaménko + nebo -

Je-li $|z_k| \geq 2,58$ kategorií je přiřazen znaménko ++ nebo --

Je-li $|z_k| \geq 3,29$ kategorií je přiřazen znaménko +++ nebo --- (Zichová,

2006).

4.3.3. Variabilita kategorizované proměnné

Pro zjištění míry variability byl použit skript s názvem Variabilita kategorizované proměnné. Tento skript je k dispozici na internetových stránkách společnosti SPSS volně ke stažení. Díky jeho použití je možné zjistit míru variability u

zvolené proměnné. Pro všechny míry platí, že čím nižší hodnota, tím je sledovaná proměnná více homogenní (naměřené hodnoty jsou si více podobné). V rámci skriptu jsem zjišťovala tyto hodnoty:

- Koeficient variability: Relativní četnost nedomodálních kategorií.
- NomVar: Nominální variance, míra vhodná pro nominální proměnné, nabývá hodnoty od nuly do $(K-1)/K$, kde k je počet kategorií.
- Norm NomVar: Normalizovaná nominální variance, míra vhodná pro nominální proměnné, nabývá hodnoty od nuly do jedné (SPSS, 2006).

4.3.4. Test shody relativní četnosti s danou hodnotou

Test zobrazí shody vybrané relativní četnosti se zadanou hodnotou. Výsledkem je tabulka, která obsahuje rekapitulaci naměřené a zadané četnosti, jejich rozdíl, testovou statistiku a její signifikanci. Signifikanci navíc doplňuje znaménkové schéma: Je-li signifikance větší než 0,05 zobrazí se nula. Při signifikanci od 0,05 do 0,01 se zobrazí jedno znaménko, při signifikanci od 0,01 do 0,001 dvě znaménka a je-li signifikance nižší než 0,001 zobrazí se znaménka tři. Typ znaménka je shodný se znaménkem rozdílu relativních četností (SPSS, 2006).

V testu je nutno vybrat testovanou kategorii a zadat testovou hodnotu očekávané relativní četnosti z intervalu $<0;1>$.

Pro tento test byl použit skript Porovnání četnosti se zadanou hodnotou, který je volně ke stažení na internetových stránkách Centra SPSS Praha.

4.4. Výzkumný soubor

4.4.1. Výzkumný soubor krizová centra

Výzkumný soubor při použití metody sběru dat práce s osobní dokumentací tvořily uživatelé služeb krizového centra pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, se sídlem v Českých Budějovicích. Uživatelé byly zvoleni podle kritéria věku – uživatelé do 25 let. Druhým kritériem bylo využití služeb v určitém roce, losování byly zvoleny roky 2005 a 2006. Záměrně jsem zvolila dva roky, aby bylo možné data porovnávat.

Soubor tvořilo celkem 401 osobních dokumentací uživatelů. Z tohoto počtu bylo 204 dívek a 197 chlapců. Výzkum uživatelů za rok 2005 zahrnoval 73 chlapců a 86 dívek, v roce 2006 124 chlapců a 118 dívek.

Tab. 10 Pohlaví uživatelů
Count

		rok výzkumu		Total
		2005	2006	
pohlaví	chlapec	73	124	197
	dívka	86	118	204
Total		159	242	401

Rozdělení uživatelů podle věkových kategorií znázorňuje tabulka 11. Pro lepší orientaci jsem volila zobrazení také v % - díky tomu je možné porovnávat dva odlišně velké soubory. Nejvíce zastoupena byla věková kategorie 11 – 15 let – uživatelé v této kategorii tvořili z celkového počtu 45,1 %. Druhou nejpočetnější kategorií byl věk mezi 16 – 20 lety. Zde však byl rozdíl počtu přepočteného na % v roce 2005 a 2006. Naopak nejméně zastoupena byla věková kategorie 21 -25 let. Tu tvořilo celkem 13 uživatelů (3,2 %).

Tab. 11 Věkové složení

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
věk	0-5let	Count	20	23	43
		% within rokvýzkumu	12,6%	9,5%	10,7%
	6-10let	Count	27	42	69
		% within rokvýzkumu	17,0%	17,4%	17,2%
	11-15let	Count	73	108	181
		% within rokvýzkumu	45,9%	44,6%	45,1%
	16-20let	Count	31	64	95
		% within rokvýzkumu	19,5%	26,4%	23,7%
	21-25let	Count	8	5	13
		% within rokvýzkumu	5,0%	2,1%	3,2%
Total		Count	159	242	401
		% within rokvýzkumu	100%	100%	100%

Další charakteristikou výzkumného souboru bylo rozdělení uživatelů podle místa bydliště. Zde v obou letech výrazně převažují děti a mládež s bydlištěm na území Českých Budějovic (nejedná se pouze o území samotného města, ale jsou zde zahrnuty také spádové oblasti měst a obcí spadající do katastru Českých Budějovic). Tito uživatelé tvoří 62,6 % z celkového počtu.

Jak je patrné v tabulce 12 byli v souboru významně zastoupeni uživatelé i z ostatních částí Jihočeského kraje (33,2%).

Zbývající část (4,2 %) tvoří uživatelé z jiných krajů – zde není již jednotlivý kraj rozlišen.

Tab. 12 Bydliště

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
bydliště	ČB	Count	102	149	251
		% within rokvýzkumu	64,2%	61,6%	62,6%
	JihKr	Count	49	84	133
		% within rokvýzkumu	30,8%	34,7%	33,2%
	JinýKr	Count	8	9	17
		% within rokvýzkumu	5,0%	3,7%	4,2%
Total		Count	159	242	401

Poslední charakteristikou výzkumného souboru byla proměnná Vzdelání. Největší skupinou byli uživatelé absolvující povinnou školní docházku. Ti tvořili 57,4%. Druhou nejpočetnější skupinou byli středoškoláci (18 %). Údaje týkající se kódu bez vzdělání znamenají, že se jedná o dítě do 5 let věku.

Tab. 13 Vzdelání

		rok výzkumu		Total
		2005	2006	
vzdělání	PŠD	85	145	230
	Učební obor	20	18	38
	SŠ	24	48	72
	VOŠ	3	2	5
	VŠ	2	1	3
	bez	20	23	43
	nezjištěno	4	4	8
	základní vzdělání	1	1	2
Total		159	242	401

Pro porovnání některých údajů byli doplňujícím výzkumným souborem uživatelé služeb krizového centra Spondea se sídlem v Brně za rok 2006. Toto centrum poskytuje podobné služby jako Krizové centrum v Českých Budějovicích, má však navíc krizová lůžka – zajišťuje i pobytové služby.

Uživatelů služeb KC Spondea bylo celkem 798, z toho 495 dívek (62%) a 303 chlapců (38%). Nejčastěji zastoupená věková kategorie byli uživatelé ve věku 16 – 20 let (32%), dále pak kategorie 11 – 15 let (26,8%).

Tab. 14 Věkové složení KC Spondea

	0 - 5	6 -10	11 -15	16 - 20	20 - 25	celkem
dívka	59	81	133	169	53	495
chlapec	45	62	81	86	29	303
celkem	104	143	214	255	82	798

4.4.2. Výzkumný soubor dotazník

Druhou část výzkumného souboru tvořili respondenti dotazníkového šetření. Respondenty byli studenti Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity – denního,

dálkového i kombinovaného studia. Tuto skupinu respondentů jsem zvolila s ohledem na tematiku mé práce. Studenti této fakulty jsou připravováni na výkon povolání v pomáhajících profesích, případně již v těchto profesích pracují (studenti dálkového a kombinovaného studia). Měli by proto mít základní orientaci i v problematice krizové intervence. Někteří z nich jsou již rodiči či se jimi v blízké době stanou – i v tomto ohledu je dobrá informovanost potřebná.

Při výběru jednotlivých respondentů byla použita technika losování jednotlivých ročníků všech oborů studia. Na jednotlivých kartičkách byl uveden nejen ročník studia, obor, ale také počet žáků. Nerozlišovala jsem ročníky podle typu studia - pokud bylo v ročníku otevřeno studium prezenční i kombinované, byly počty žáků uvedeny na jedné kartičce. Předpokládaný počet respondentů byl 300.

Vylosovanými obory byly:

5341R007/0/PAP	3. ročník	14 studentů
5342R015/0/PSPP	1. ročník	31 studentů
5345R010/0/RAD P+K	3. ročník	50 studentů
5345R021/0/ZZP	2. ročník	26 studentů
5345R009/0/VS P+K	3. ročník	97 studentů
5342T014/0/RPN P+K	1. ročník	78 studentů
1702T017/0/KRT P+K	2. ročník	43 studentů
Celkem:		339 studentů

Dotazníkové šetření proběhlo ve školním roce 2006/2007 – během listopadu v součinnosti s přednášejícími, kteří mi přístup ke studentům umožnili. Celkem se šetření zúčastnilo 292 studentů.

Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli studenti ve věku 21-25 let, ti tvořili 42,8 % z celkového počtu. Nejméně zastoupenou skupinou byli studenti ve věku 46-50 let.

Bližší toto rozložení znázorňuje tabulka 15.

Tab. 15 Věkové složení respondentů dotazníku

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid do 20	95	32,5	32,5	32,5
21-25	125	42,8	42,8	75,3
26-30	21	7,2	7,2	82,5
31-35	11	3,8	3,8	86,3
36-40	12	4,1	4,1	90,4
41-45	18	6,2	6,2	96,6
46-50	2	,7	,7	97,3
více než 50	8	2,7	2,7	100,0
Total	292	100,0	100,0	

Další sledovanou charakteristikou výzkumného souboru byl souběh studia a zaměstnání. Tento souběh byl uveden u 33,7 % respondentů. Jednalo se o povolání sociálního pracovníka, učitele a zdravotnické profese. Studenti bez zaměstnání tvořili 75,3%. Záměrně neuvádím rozdělení na denní, dálkové či kombinované studium. I studenti denního studia mohou být zaměstnání na částečné úvazky či dohody o provedení práce a naopak v dálkovém studiu jsou ženy a mateřské dovolené, které si kvalifikaci teprve dokončují.

Tab. 16 Zaměstnání

	Frequency	Percent	Valid Percent
Valid nevedno	0	0	0
VŠ	220	75,3	75,3
VŠ+učitel	31	10,6	10,6
VŠ+zdravotník	23	7,9	7,9
VŠ+ soc.prac.	18	6,2	6,2
Total	292	100,0	100,0

Rozdělení respondentů podle pohlaví jsem uvedla na posledním místě. Vzhledem k celkovému zaměření oborů studia na ZSF JU v CB, převažují zde studentky nad studenty. Šetření se tedy zúčastnilo pouze 15 mužů (5,1 %), zbývající část 277 respondentů tvořily ženy (94,9 %).

5. Výsledky výzkumu

5.1. Výsledky práce s osobní dokumentací

Získaná data bylo po zakódování zpracována programem SPSS modul base verze 13.00. prvním sledovaným aspektem byla problematika, se kterou se uživatelé obracejí na službu krizové pomoci. U každého uživatele je v osobní dokumentaci uveden pouze jeden důvod, proč službu vyhledali.

Jak ukazuje tab. 17 nejčastějšími důvody byly poruchy chování (21,4%) a problémy spojené se změnou péče po rozvodu - úprava rozsahu setkávání se s rodičem (20,9%). Problémy spojené s rozvodem tvořily po sloučení kategorie 1 a 2 celkem 31,9%. Zde se lišily hodnoty v roce 2005 a 2006. V roce 2006 převládaly problémy spojené s probíhajícím rozvodem (12,8 % oproti 8,2%), v roce 2005 se změnou péče po rozvodu (25,8% oproti 17,8%).

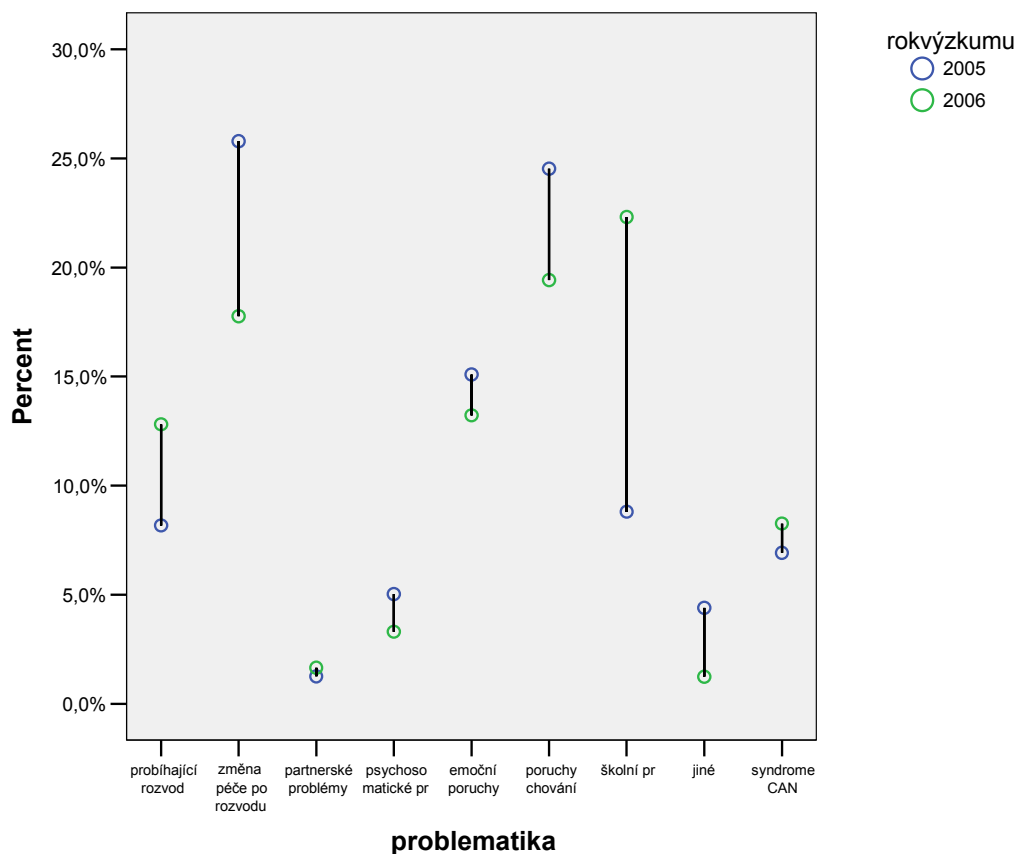
Největší nárůst hodnot byl však v kategorii školních problémů. Zde hodnota stoupla o 13,5 % mezi jednotlivými roky.

Tab. 17 Problematika * rok výzkumu

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
problematika	probíhající rozvod	Count	13	31	44
		%	8,2%	12,8%	11,0%
	změna péče po rozvodu	Count	41	43	84
		%	25,8%	17,8%	20,9%
	partnerské problémy	Count	2	4	6
		%	1,3%	1,7%	1,5%
	psychosomatické pr	Count	8	8	16
		%	5,0%	3,3%	4,0%
	emoční poruchy	Count	24	32	56
		%	15,1%	13,2%	14,0%
	poruchy chování	Count	39	47	86
		%	24,5%	19,4%	21,4%
	školní pr	Count	14	54	68
		%	8,8%	22,3%	17,0%
	jiné	Count	7	3	10
		%	4,4%	1,2%	2,5%
	syndromeCAN	Count	11	20	31
		%	6,9%	8,3%	7,7%
Total		Count	159	242	401
		% within rokvýzkumu	100%	100%	100%

Rozdíly v jednotlivých letech znázorňuje graf 1. Na tomto grafu jsou posuny velmi dobře znázorněny i bez číselného údaje. Porovnání je zadáno v procentech z důvodu odlišné velikosti výzkumného souboru v jednotlivých letech 2005 a 2006.

Graf. 1 Porovnání hodnot výzkumu



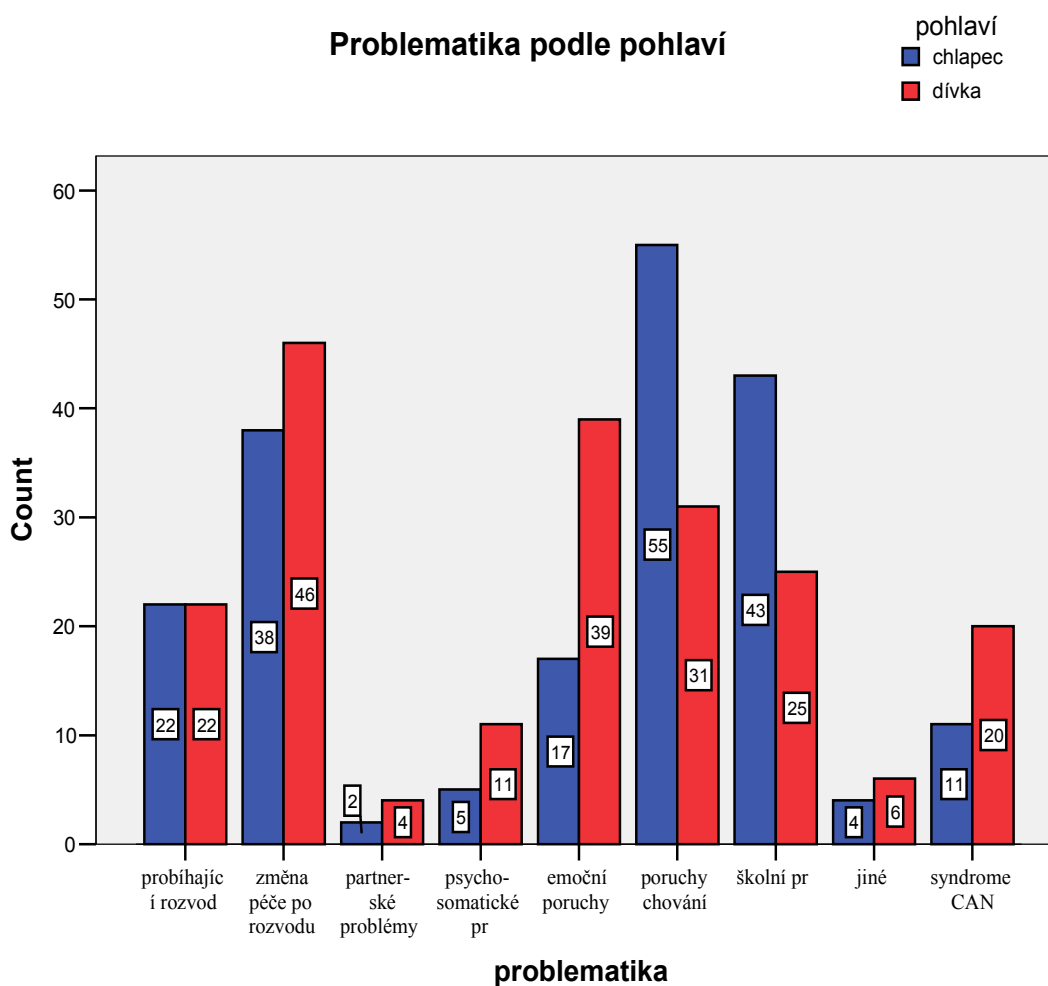
Důležitým aspektem v rámci sledované proměnné problematika je porovnání vzhledem k proměnné věk. Nejčastěji službu vyhledávají děti ve věku 11 – 15 let (41,5%), dále pak mládež ve věku 16 – 20 let (23,7%). Tabulka 18 zobrazuje rozložení důvodů krizové intervence v jednotlivých věkových skupinách. Pro lepší orientaci jsem zvolila barevné odlišení číselných hodnot oproti hodnotám uvedeným v procentech.

Tab. 18 Problematika * věk

		věk					Total
		0-5let	6-10let	11-15let	16-20let	21-25let	
probíhající rozvod	Count	11	13	14	4	2	44
	% within věk	25,6%	18,8%	7,7%	4,2%	15,4%	11,0%
změna péče po rozvodu	Count	20	26	28	6	4	84
	% within věk	46,5%	37,7%	15,5%	6,3%	30,8%	20,9%
partnerské problémy	Count	0	0	0	3	3	6
	% within věk	,0%	,0%	,0%	3,2%	23,1%	1,5%
psychosomatické pr	Count	1	2	5	7	1	16
	% within věk	2,3%	2,9%	2,8%	7,4%	7,7%	4,0%
emoční poruchy	Count	4	8	20	23	1	56
	% within věk	9,3%	11,6%	11,0%	24,2%	7,7%	14,0%
poruchy chování	Count	3	9	57	16	1	86
	% within věk	7,0%	13,0%	31,5%	16,8%	7,7%	21,4%
školní pr	Count	1	5	37	24	1	68
	% within věk	2,3%	7,2%	20,4%	25,3%	7,7%	17,0%
jiné	Count	0	1	5	4	0	10
	% within věk	,0%	1,4%	2,8%	4,2%	,0%	2,5%
syndromeCAN	Count	3	5	15	8	0	31
	% within věk	7,0%	7,2%	8,3%	8,4%	,0%	7,7%
Total	Count	43	69	181	95	13	401
	% within věk	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pro dokončení zmapování proměnné problematika je vložen Graf 2. Zde je rozložení znázorněno podle pohlaví uživatelů. U chlapců převládají poruchy chování a školní problémy, u dívek problémy spojené se změnou péče po rozvodu a emoční poruchy.

Graf 2 Problematika * pohlaví



Předmětem výzkumu bylo dále zjištění variability řešených případů v KC CB. Výsledek zpracování v programu SPSS zobrazuje tab. 19. pro znázornění variability byl použit skript s názvem Variabilita kategorizované proměnné. Čím více se blíží koeficient nule, tím více jsou data homogenní.

Tab. 19 Koeficient míry variability problematika* pohlaví

		pohlaví		
		pohlaví		
problematika		chlapec	dívka	Total
problematika	probíhající rozvod	11,2%	10,8%	11,0%
	změna péče po rozvodu	19,3%	22,5%	20,9%
	partnerské problémy	1,0%	2,0%	1,5%
	psychosomatické pr	2,5%	5,4%	4,0%
	emoční poruchy	8,6%	19,1%	14,0%
	poruchy chování	27,9%	15,2%	21,4%
	školní pr	21,8%	12,3%	17,0%
	jiné	2,0%	2,9%	2,5%
	syndromeCAN	5,6%	9,8%	7,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Koef. variability		,72	,77	,79
NOMVAR		,81	,85	,84
NORM NOMVAR		,91	,96	,95

Důvody krizové intervence u uživatelů krizového centra Spondea znázorňují tab. 20 a 21. Jsou rozděleny podle pohlaví uživatelů. Nejčastějším důvodem u dívek byly rodinné problémy (34,3%), dále pak osobní problémy (19,2%). U chlapců ukazují výsledky na stejné nejčastější důvody – rodinné problémy (32,7%) a osobní problémy (18,5%).

Údaje ve Spondee jsou vedeny odlišným způsobem, proto nebylo možné použít stejné rozdělení jako v KC České Budějovice.

Tab. 20 Problematika Spondea dívky 2006

Problém-Typ	0-5	6-10	11-15	16-20	21-26	Celkem	%
CAN	8	15	15	6	1	45	9,1
Osobní	1	6	15	61	12	95	19,2
Ostatní	0	5	5	10	5	25	5,1
Poruchy chování	0	3	8	3	0	14	2,8
Rodinné problémy	32	21	28	58	31	170	34,3
Školní problémy	0	2	18	1	0	21	4,2
Vztahové problémy	0	4	19	10	2	35	7,1
Poradenství	5	8	13	16	1	43	8,7
Žádost o ubytování	13	17	12	4	1	47	9,5
Celkem	59	81	133	169	53	495	100

Tab. 21 Problematika Spondea chlapci 2006

Problém-Typ	0-5	6-10	11-15	16-20	21-26	Celkem	%
CAN	6	10	3	2	0	21	6,9
Osobní	0	6	13	30	7	56	18,5
Ostatní	4	9	5	2	4	24	7,9
Poruchy chování	0	6	12	8	0	26	8,6
Rodinné problémy	20	17	19	29	14	99	32,7
Školní problémy	0	2	4	2	0	8	2,6
Vztahové problémy	0	1	3	2	2	8	2,6
Poradenství	6	5	8	3	1	23	7,6
Žádost o ubytování	9	6	14	8	1	38	12,6
Celkem	45	62	81	86	29	303	100

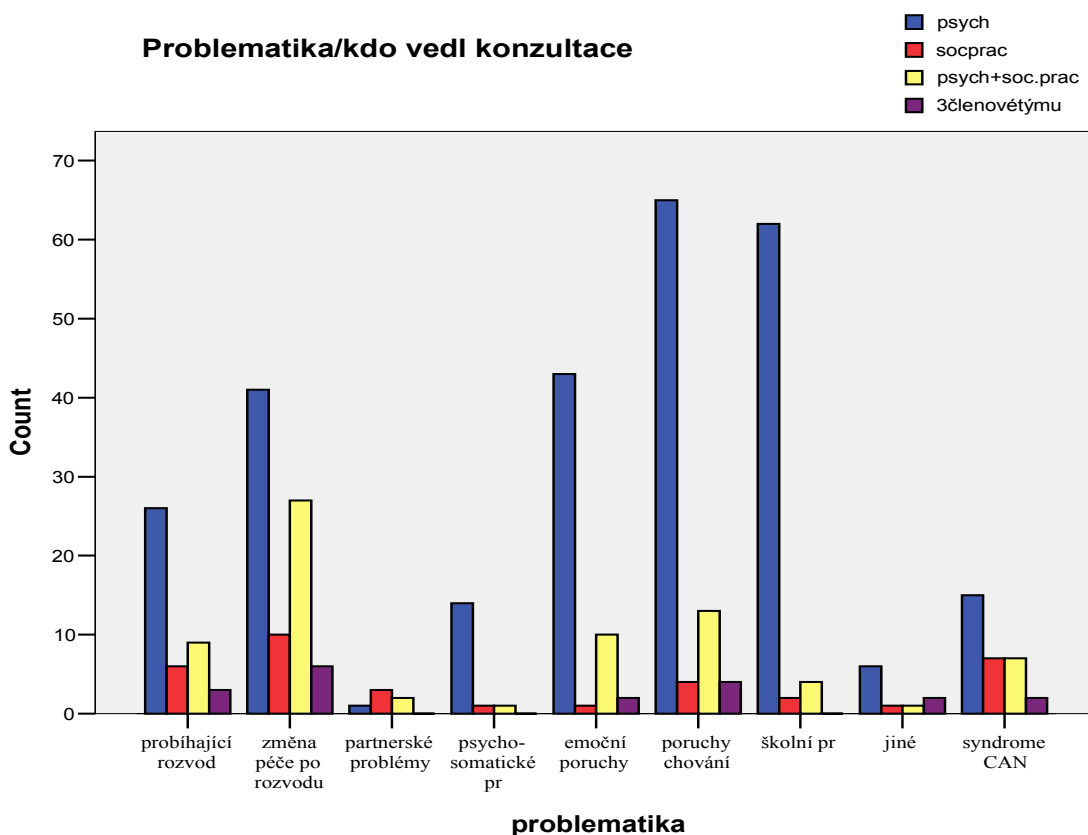
Sledovanou proměnnou byly osoby, které se vedly konzultace s uživateli. Jak ukazuje tab. 22 v 76,8% konzultací vedl pouze jeden pracovník centra, 23,2% konzultací vedlo dva a více pracovníků. Sociální pracovnice se nejvíce podílela na problematice změny péče po rozvodu. Tým tří pracovníků vedl 4,7% konzultací. Základem tohoto týmu byla sociální pracovnice, ostatními členy pak právník, psychiatr, psycholog či speciální pedagog.

Tab. 22 Problematika * kdo vedl konzultace

problematika	s kým				Total
	psych	soc prac	psych+ soc.prac	3členové týmu	
probíhající rozvod	26	6	9	3	44
změna péče po rozvodu	41	10	27	6	84
partnerské problémy	1	3	2	0	6
psychosomatické pr	14	1	1	0	16
emoční poruchy	43	1	10	2	56
poruchy chování	65	4	13	4	86
školní pr	62	2	4	0	68
jiné	6	1	1	2	10
syndromeCAN	15	7	7	2	31
Total	273	35	74	19	401

Propojení problematiky s vedením konzultací znázorňuje pro lepší orientaci graf 3. Graf není vybaven popisky hodnot, jejich zobrazení činí graf nepřehledným.

Graf 3 Problematika * vedení konzultace



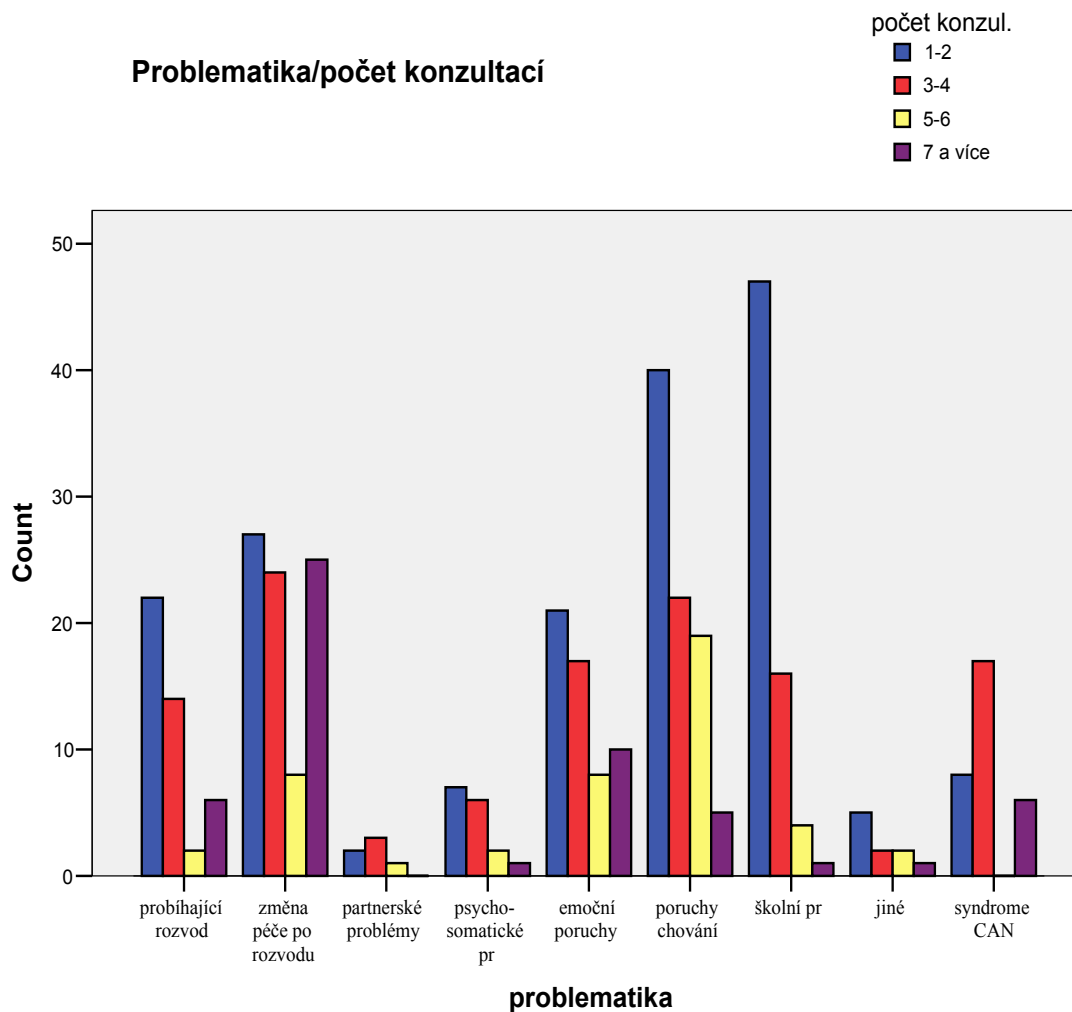
Díky zpracování v programu SPSS bylo možné propojovat mezi sebou jednotlivé proměnné podle zacílení výzkumu. Tab. 23 zobrazuje počty konzultací vzhledem k problematice. Nejčastěji byla provedena 1-2 konzultace (44,6%), dále pak 3-4 konzultace (30,2%).

Probíhající rozvod byl nejčastěji řešen v rámci 1-2 konzultací, stejně tak tomu bylo u poruch chování a školních problémů. V této kategorii se nejedná o vyřešení problému, ale o zvládnutí krizového stavu spojeného s touto problematikou. Znárodnění ještě doplňuje graf 4 – i zde nejsou uvedeny číselné hodnoty, ty jsou dobře patrné z tabulky 23. V grafu je důležité barevné rozlišení jednotlivých skupin počtu konzultací.

Tab. 23 Problematika * počet konzul.

problematika	počet konzul.			
	1-2	3-4	5-6	7 a více
probíhající rozvod	22	14	2	6
změna péče po rozvodu	27	24	8	25
partnerské problémy	2	3	1	0
psychosomatické pr	7	6	2	1
emoční poruchy	21	17	8	10
poruchy chování	40	22	19	5
školní pr	47	16	4	1
jiné	5	2	2	1
syndromeCAN	8	17	0	6
Total	179	121	46	55

Graf 4 Problematika* počet konzultací



Uživatelé služeb KC mohou centrum kontaktovat několika způsoby. U uživatelů služeb ve věku do 25 let převládá forma osobního kontaktu, ta tvoří 81,5% z celkového počtu, dále pak se jedná o kombinaci osobního a telefonického kontaktu 13,5%. Nejméně volenou formou kontaktu je samotné použití telefonu.

Tab. 24 Způsob kontaktu * rok výzkumu

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
způsob kont.	osobní	Count	128	199	327
		% within rokvýzkumu	80,5%	82,2%	81,5%
	telefon	Count	3	0	3
		% within rokvýzkumu	1,9%	,0%	,7%
	mail	Count	5	12	17
		% within rokvýzkumu	3,1%	5,0%	4,2%
	osobní+telefon	Count	23	31	54
		% within rokvýzkumu	14,5%	12,8%	13,5%
Total		Count	159	242	401
		% within rokvýzkumu	100%	100%	100%

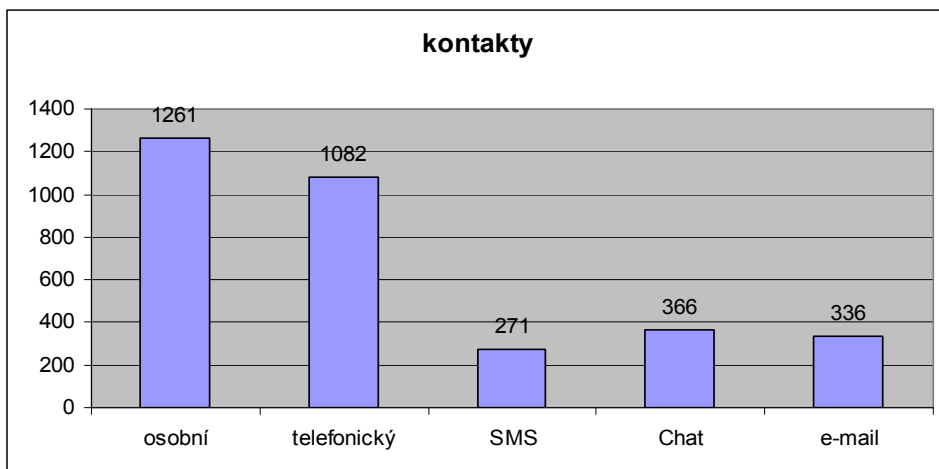
Tab. 25 Součty kontaktů Spondea 2006

Kontaktů celkem:	3316
osobní	1261
telefonický	1082
SMS	271
Chat	366
e-mail	336

Uživatelé služeb krizového centra Spondea využívali několika odlišných způsobů kontaktu a to formou SMS zpráv a chatu. Nejčastěji uživatelé komunikovali formou osobního kontaktu a dále pak telefonicky. Kombinace těchto dvou způsobů nebylo možné z databáze zjistit.

Jednotlivé způsoby zobrazuje tab. 25 a graf 5.

Graf 5 Způsob kontaktu Spondea 2006



Proměnná charakter konzultace mapuje typy konzultací, které jsou v rámci krizové intervence poskytovány. Nejedná se vždy pouze o krizovou intervenci, často je potřeba ji doplnit o další činnosti. Těmito činnostmi jsou nejčastěji diagnostika (33,3%), poradenství (26,1%). Počet krizových intervencí spojených s diagnostikou vzrostl mezi roky 2005 a 2006 o 8,9 %.

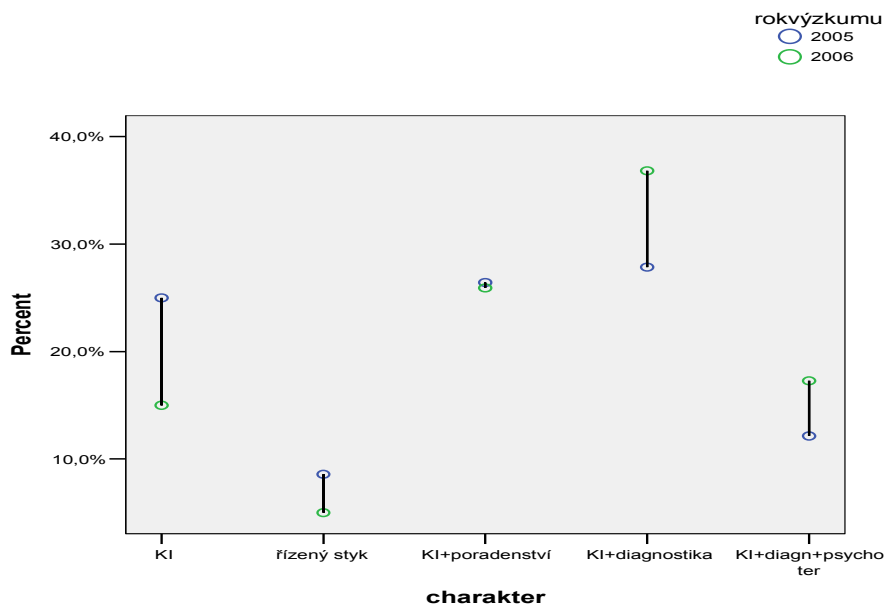
Tab. 26 Charakter konzultace * rok výzkumu

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
charakter	KI	Count	35	33	68
		% within rokvýzkumu	25,0%	15,0%	18,9%
	řízený styk	Count	12	11	23
		% within rokvýzkumu	8,6%	5,0%	6,4%
	KI+poradenství	Count	37	57	94
		% within rokvýzkumu	26,4%	25,9%	26,1%
	KI+diagnostika	Count	39	81	120
		% within rokvýzkumu	27,9%	36,8%	33,3%
	KI+diagn+psychoter	Count	17	38	55
		% within rokvýzkumu	12,1%	17,3%	15,3%
Total		Count	140	220	360
		% within rokvýzkumu	100%	100%	100%

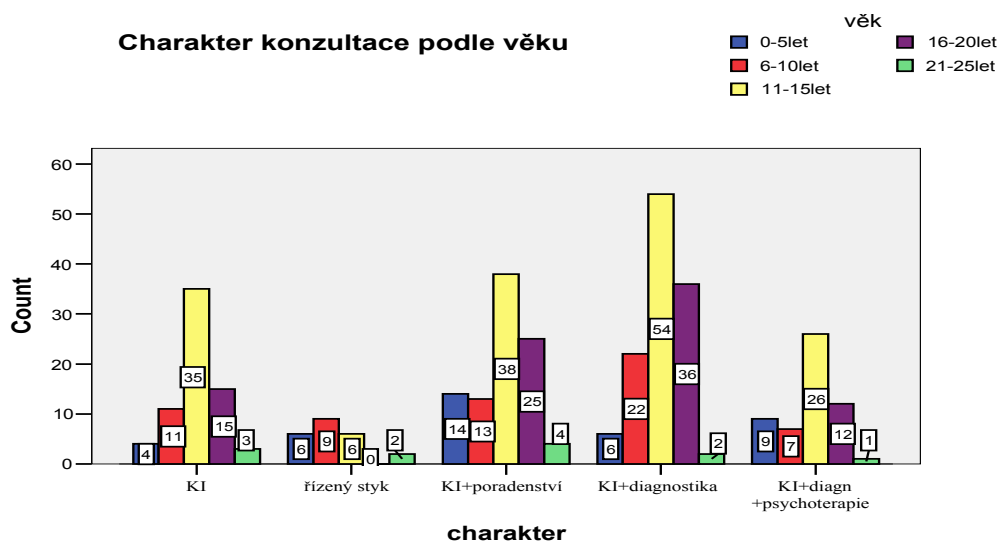
Popis proměnné charakter konzultace doplňují grafy 6. a 7. Graf 6 zobrazuje rozdíly mezi lety 2005 a 2006 – je z něj dobře patrné, kde došlo k největšímu nárůstu a

naopak, kde se počty výrazně snížily. Graf 7 popisuje charakter konzultace vzhledem k věkovým kategoriím. Použila jsem u něj i číselné zobrazení jednotlivých proměnných.

Graf 6 Charakter konzultace*roky výzkumu



Graf 7 Charakter konzultace



Důležitým aspektem v rámci krizové intervence je způsob, jakým se uživatelé o možnosti pomoci v určitém zařízení dozvěděli. Od koho uživatelé získali potřebné informace (proměnná Doporučení).

Jak zobrazuje tabulka 27 nejčastěji se jednalo o vlastní iniciativu uživatelů (45,4%). Porovnání mezi lety 2005 a 2006 ukázalo nárůst v této kategorii o 13,7%. V oblasti státních institucí nejvíce podnětů dalo oddělení sociálně právní ochrany dětí při městských úřadech (23,4%) a jednotlivé školy (11,2%).

Tab. 27 Od koho získali informace*rok výzkumu

			rokvýzkumu		Total
			2005	2006	
od koho	OSPOD	Count	41	53	94
		% within rokvýzkumu	25,8%	21,9%	23,4%
	soud	Count	16	7	23
		% within rokvýzkumu	10,1%	2,9%	5,7%
	dětský lékař	Count	12	10	22
		% within rokvýzkumu	7,5%	4,1%	5,5%
	psychiatr	Count	10	17	27
		% within rokvýzkumu	6,3%	7,0%	6,7%
	škola	Count	15	30	45
		% within rokvýzkumu	9,4%	12,4%	11,2%
	policie	Count	0	1	1
		% within rokvýzkumu	,0%	,4%	,2%
	jiná instituce	Count	6	1	7
		% within rokvýzkumu	3,8%	,4%	1,7%
	vlastní iniciativa	Count	59	123	182
		% within rokvýzkumu	37,1%	50,8%	45,4%
Total		Count	159	242	401
		% within rokvýzkumu	100%	100%	100%

Rozdělení proměnné od koho získali informace podle pohlaví a roku výzkumu znázorňuje tabulka 28. V roce 2005 nejvíce podnětů dalo oddělení sociálně právní ochrany dětí při městských úřadech (OSPOD) a to zejména dívkám. Přibližně stejný počet dívek i chlapců byl zjištěn u kategorie vlastní iniciativy. Rozdílné hodnoty jsou patrné u kategorie školy, zde je poměr 4:11.

V roce 2006 dal OSPOD podnět více chlapcům než dívkám (29:24), u chlapců převládala vlastní iniciativa (27,3% z celkového počtu uživatelů za tento rok).

Policie byla zdrojem informace pouze v jediném případě a to v roce 2006.

Tab. 28 Od koho získali informace* pohlaví * rok výzkumu

Count			chlapec	dívka	Total
2005	od koho	OSPOD	16	25	41
		soud	7	9	16
		dětský lékař	5	7	12
		psychiatr	7	3	10
		škola	4	11	15
		jiná instituce	3	3	6
		vlastní iniciativa	31	28	59
	Total		73	86	159
2006	od koho	OSPOD	29	24	53
		soud	2	5	7
		dětský lékař	5	5	10
		psychiatr	8	9	17
		škola	13	17	30
		policie	0	1	1
		jiná instituce	1	0	1
		vlastní iniciativa	66	57	123
	Total		124	118	242

Uživatelé služeb krizového centra Spondea vyhledali pomoc nejčastěji z vlastní iniciativy, či za pomoci rodičů a příbuzných (v tabulce 29 vyznačeno zeleně). Instituce byla nápomocna ve 126 případech (15,8%). Do kategorie cizí spadají sousedé, známí či jinak nespecifikovaní lidé.

Tab. 29 Spondea doporučení 2006

Doporučení od	počet
Klient sám	372
Matka klienta	155
Otec klienta	31
Jiný příbuzný	51
Sociální pracovník	81
Jiný odborník	27
Pedagog	12
PČR	6
Cizí	63

V rámci krizové intervence je důležitá spolupráce s dalšími odborníky a institucemi. Spolupráce byla uvedena celkem u 235 uživatelů služeb KC CB, z toho se dvěma subjekty ve 43 případech (10,7% z celkového počtu uživatelů), s jedním subjektem ve 192 případech (47,9%).

Nejčastěji byla spolupráce v rámci jednoho subjektu s OSPOD (43,75 %) a se školami (20,83%). Tato procenta jsou uvedena z počtu 192 případů.

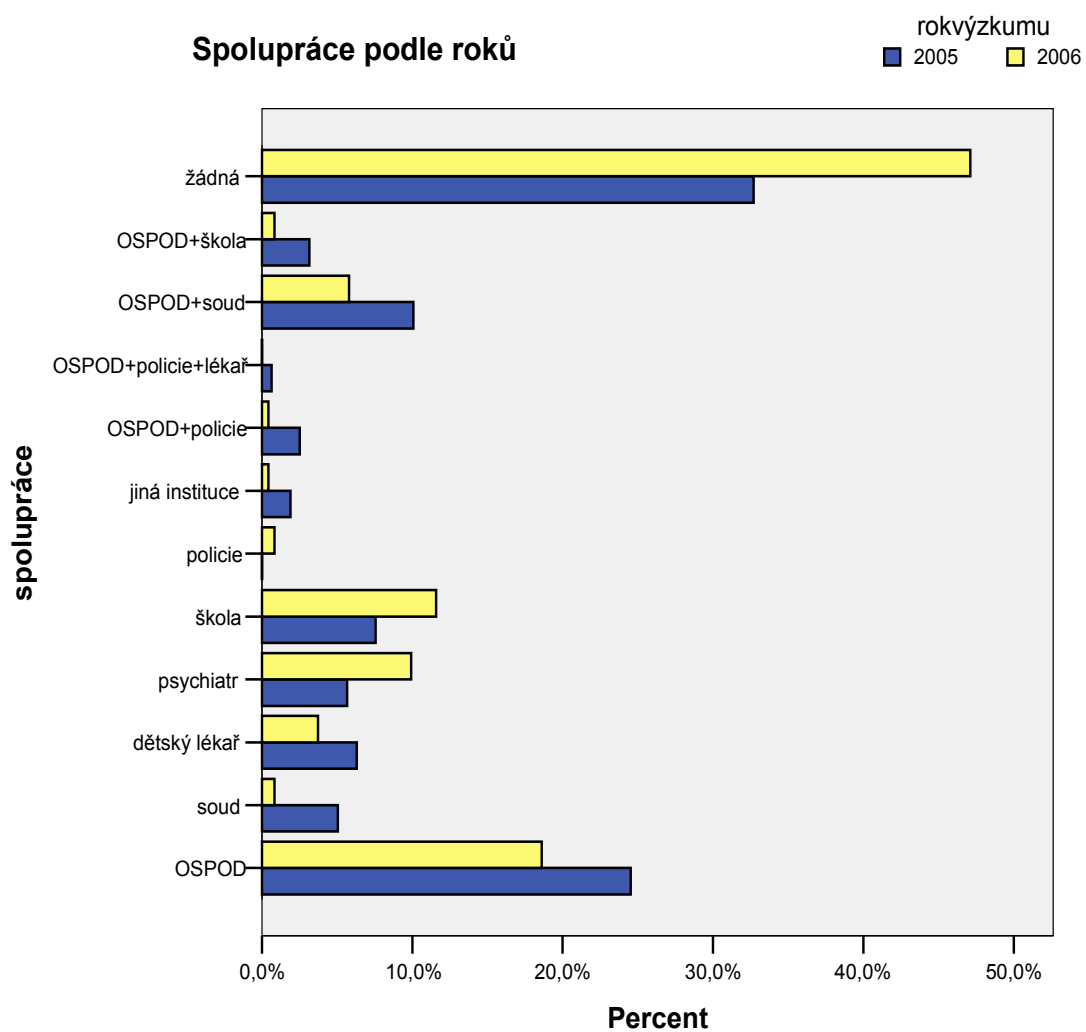
Tab. 30 uvádí nejen přehled případů a subjektů, ale také zobrazuje případy, kdy došlo k odlišnostem v počtu případů – na tabulku byl v programu SPSS použit skript znaménkové schéma.

Tab. 30 Spolupráce * rok výzkumu

			rok výzkumu		Total
			2005	2006	
spolupráce OSPOD	Count	39	45	84	
	Adjusted Residual	○	○		
soud	Count	8	2	10	
	Adjusted Residual	++	--		
dětský lékař	Count	10	9	19	
	Adjusted Residual	○	○		
psychiatr	Count	9	24	33	
	Adjusted Residual	○	○		
škola	Count	12	28	40	
	Adjusted Residual	○	○		
policie	Count	0	2	2	
	Adjusted Residual	○	○		
jiná instituce	Count	3	1	4	
	Adjusted Residual	○	○		
OSPOD+policie	Count	4	1	5	
	Adjusted Residual	○	○		
OSPOD+policie+lékař	Count	1	0	1	
	Adjusted Residual	○	○		
OSPOD+soud	Count	16	14	30	
	Adjusted Residual	○	○		
OSPOD+škola	Count	5	2	7	
	Adjusted Residual	○	○		
žádná	Count	52	114	166	
	Adjusted Residual	--	++		
Total	Count	159	242	401	

Pro orientaci v rozdílném počtu případů spolupráce či nespoupráce v jednotlivých letech je uveden graf 8. Vzhledem k rozdílnému počtu uživatelů v roce 2005 a 2006 byl použit popis v procentech.

Graf 8 Spolupráce*rok výzkumu



Sledovanou proměnnou byl také doprovod uživatelů KC – tedy zda centrum navštívili sami, či spolu s někým dalším, případně kdo byl onou doprovázející osobou. Pouze 16% uživatelů navštívilo KC samo, ostatní měli doprovod a rodiče nebo vychovatele ze školy. Tato proměnná nemá zcela vypovídající hodnotu. Není možné například, aby dítě ve věkové kategorii do 5 let přišlo úplně samo.

Tab. 31 Doprovod * věk * rok výzkumu

Count			0-5let	6-10let	11-15let	16-20let	21-25let	Total
Rok výzkumu								
2005	doprovod	rodiče	20	27	71	17	1	136
		vychovatel	0	0	2	2	3	7
		sám	0	0	0	12	4	16
	Total		20	27	73	31	8	159
2006	doprovod	rodiče	23	42	105	17	2	189
		vychovatel	0	0	1	4	0	5
		sám	0	0	2	43	3	48
	Total		23	42	108	64	5	242

Poslední sledovanou proměnnou byl počátek kontaktu uživatele služeb. V roce 2005 bylo uskutečněno 147 prvokontaktů (92,5%), v roce 2006 pak 217 (89,7%). Procento je uvedeno z celkového počtu uživatelů v jednotlivém roce.

Tab. 32 Počátek kontaktu * rok výzkumu

Count		rok výzkumu	
		2005	2006
počátek kontaktu	2006	0	217
	2005	147	24
	2004	12	1
Total		159	242

5.2. Výsledky dotazníkové šetření

Výsledky dotazníkové šetření jsou zobrazeny v souslednosti podle jednotlivých otázek v dotazníku. Výstupy jsou zpracovány opět v SPSS programu a to formou tabulek a grafů.

Otázka č. 1 v dotazníku zkoumala, co si respondenti představují pod pojmem krizová intervence (KI). Odpovědi byly rozděleny podle toho, zda uvedená definice krizové intervence byla správná, přibližná, špatná či odpověděli nevím.

Za správnou definici byly považovány odpovědi:

KI = forma odborné pomoci člověku, který se nachází v krizi

= pomoc člověku v situaci, kterou není schopen zvládnout vlastními silami a která je pro něho ohrožující.

Přibližná definice byla nejčastěji formulována:

KI = když někdo někomu pomáhá řešit problém

= zásah pro pomoc člověku

Do kategorie špatná definice spadaly odpovědi, ve kterých byla uvedena charakteristika pojmu krize (např. stresová situace).

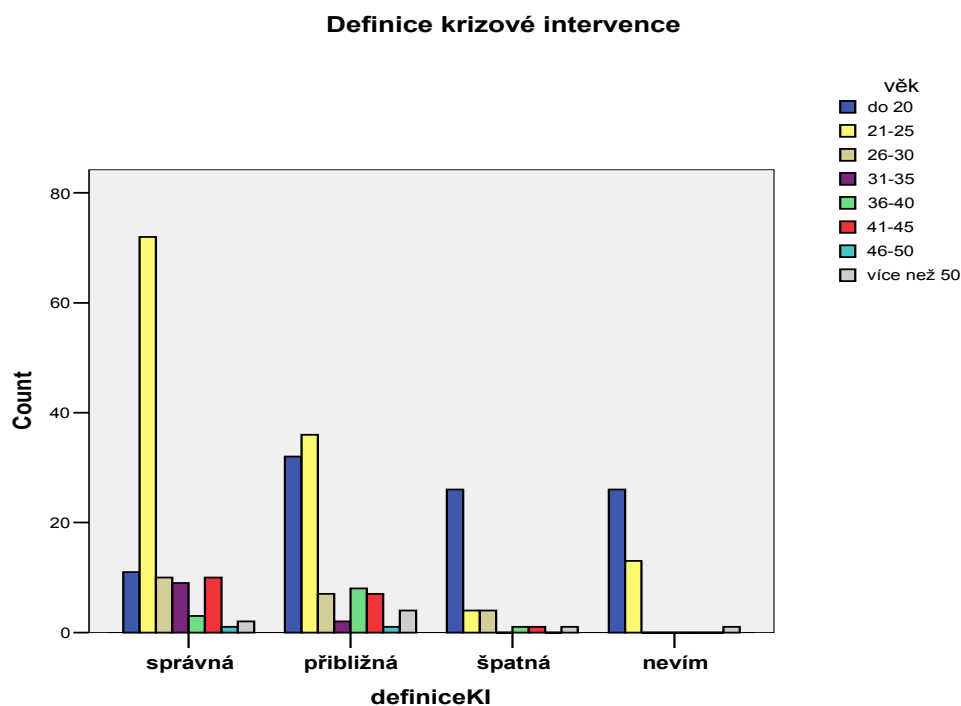
Odpovědi zobrazuje tab. 33 a graf 9 .

Tab. 33 Definice KI * věk

Count

		definiceKI				Total
		správná	přibližná	špatná	nevím	
věk	do 20	11	32	26	26	95
	21-25	72	36	4	13	125
	26-30	10	7	4	0	21
	31-35	9	2	0	0	11
	36-40	3	8	1	0	12
	41-45	10	7	1	0	18
	46-50	1	1	0	0	2
	více než 50	2	4	1	1	8
Total		118	97	37	40	292

Graf 9 Definice krizové intervence*věk



Tabulka 34 shrnuje přehled odpovědí na otázku definice pojmu krize (otázka č. 2 v dotazníku). Nejčastěji byla krize definována jako situace, kterou člověk nedokáže řešit a dále jako stresová situace. Sumarizace odpovědí na tuto otevřenou otázku nebyla v příliš obtížná – respondenti odpovídali velmi podobně, lišili se například pouze ve formulacích typu stresová situace a stresující situace či náročná/obtížná situace a náročná/ obtížná životní situace (nžs).

Tab. 34 Definice krize * zaměstnání

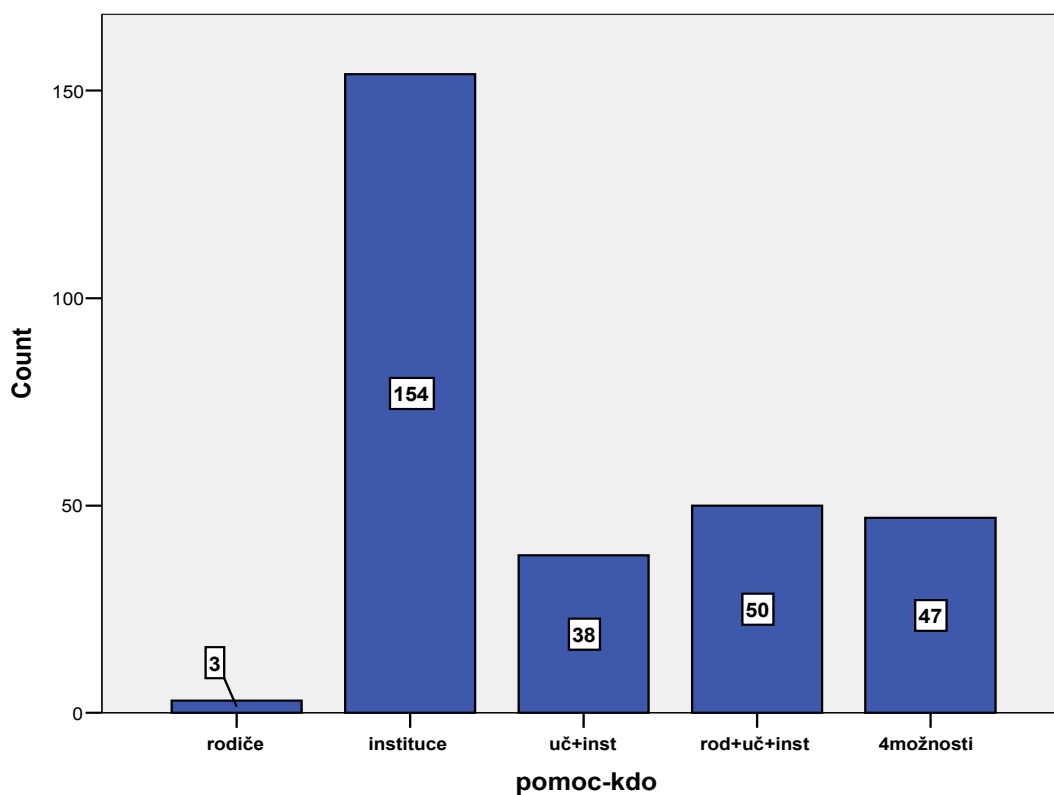
Count		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
def.krize	čl.nedokáže řešit	115	16	12	9	152
	stres.s	42	9	4	7	62
	psych.strádání	29	2	2	0	33
	vyboč.z normy	26	2	3	0	31
	nžs	8	2	2	2	14
Total		220	31	23	18	292

Při charakterizování subjektů, kteří mohou pomoci spoléhali respondenti převážně na pomoc instituce (289), dále pak na učitele (135) a nejmenší počet byl uveden u rodičů (53) a kamarádů (47). Skupina odpovědí 4 možnosti zahrnuje kombinace odpovědi: instituce, učitel, kamarád + další subjekt (např. soused, policista, strýc.).

Tab. 35 Kdo může pomoci * zaměstnání

Count		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
pomoc-kdo	rodiče	1	0	1	1	3
	instituce	123	9	12	10	154
	uč+inst	33	3	2	0	38
	rod+uč+inst	29	13	5	3	50
	4možnosti	34	6	3	4	47
Total		220	31	23	18	292

Graf 10 Kdo může pomoci



V případě definování institucí, které nabízejí pomoc, byly odpovědi velmi různé. Respondenti uváděli zpravidla dvě a více institucí – 169 respondentů, jednu instituci uvedlo 95 respondentů. 28 respondentů neodpovědělo (viz tab. 37)

Nejčastěji uvedenou institucí bylo krizové centrum (KC) – 192 respondentů, dále pak linka bezpečí (LB) – 191 respondentů, na třetím místě v četnosti odpovědí byla pedagogicko-psychologická poradna (PPP) – 78 respondentů. Zbývajících uvedenými institucemi byli: Bílý kruh bezpečí (BKB), městské úřady (MU), nadace, centra pro děti a HIV linka. Detailní přehled zobrazuje tab. 36.

Tab. 36 Jaké instituce mohou pomoci * zaměstnání

Count		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
jakou	LB	20	0	1	1	22
	KC	59	4	7	3	73
	LB+KC+BKB	10	1	0	1	12
	LB+KC+PPP	40	5	6	4	55
	LB+PPP	13	4	2	4	23
	LB+MÚ	6	3	0	1	10
	LB+nadace	11	2	2	2	17
	LB+KC+nadace	13	5	2	0	20
	LB+KC+centra pro děti	8	0	1	1	10
	LB+KC+MÚ	10	1	1	1	13
	LB+KC+HIVlinka	6	3	0	0	9
	neuveдено	24	3	1	0	28
Total		220	31	23	18	292

Tab. 37 Rekategorizovaná proměnná počet institucí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	neuveдено	28	9,6	9,6	9,6
	1 instituce	95	32,5	32,5	42,1
	2 instituce	50	17,1	17,1	59,2
	3 isntituce	119	40,8	40,8	100,0
	Total	292	100,0	100,0	

Další otázkou dotazníkového šetření (otázka č. 5) bylo uvést nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže. Respondenti uváděli podle zadání tři důvody (77,8%), 22,3% z nich uvedlo pouze jeden či dva důvody.

Tabulka 38 zobrazuje nejčastější kombinace odpovědí respondentů. Po celkovém součtu jednotlivých důvodů krizové intervence byly na prvních třech místech tyto důvody: syndrom CAN (174 respondentů – 59,6%), neshody s rodiči (119 – 40,8%), šikana (110 – 37,7%). Rozvod jako důvod krizové intervence uvedlo 57 respondentů – 19,5%.

Tab. 38 Důvody KI * zaměstnání

Count

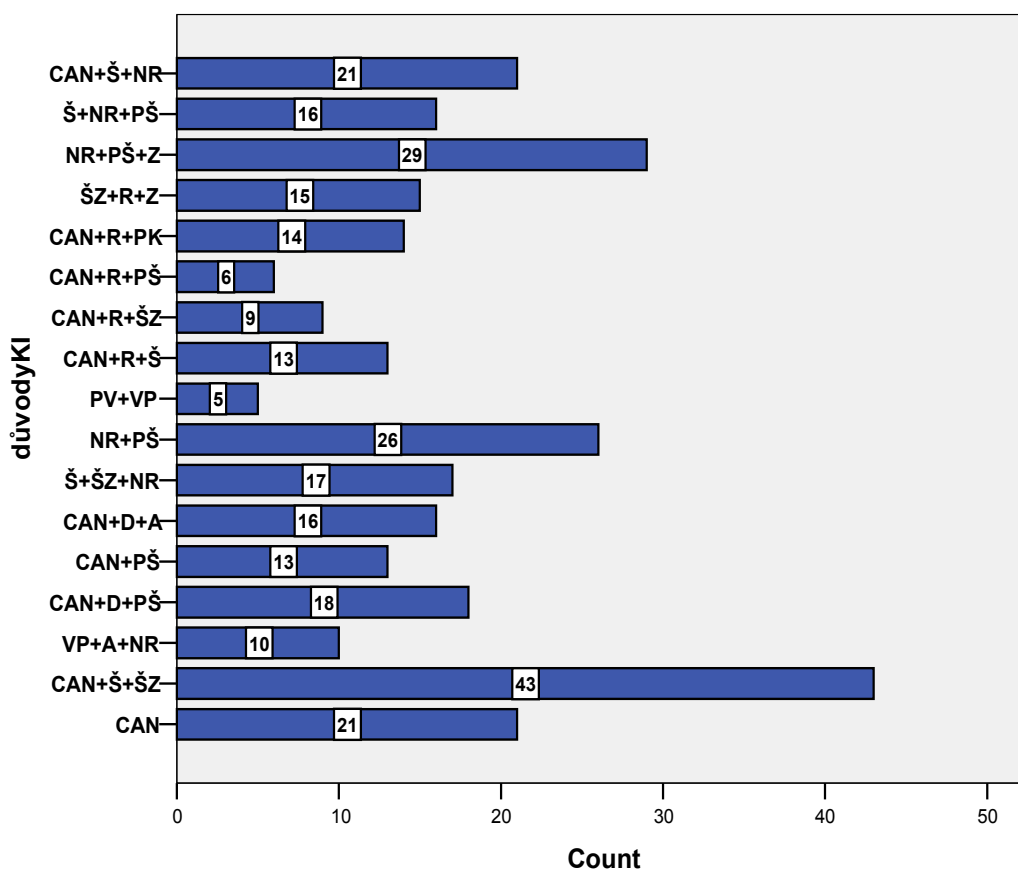
Důvody KI	zaměstnání				Total	%
	VŠ	VŠ+ učitel	VŠ+ zdravot.	VŠ+ soc.prac.	Count	
CAN	20	0	1	0	21	7,2
CAN+Š+ŠZ	31	5	1	6	43	14,7
VP+A+NR	8	0	2	0	10	3,4
CAN+D+PŠ	14	3	0	1	18	6,2
CAN+PŠ	7	1	3	2	13	4,5
CAN+D+A	13	1	2	0	16	5,5
Š+ŠZ+NR	11	4	0	2	17	5,8
NR+PŠ	18	3	2	3	26	8,9
PV+VP	3	1	1	0	5	1,7
CAN+R+Š	10	1	2	0	13	4,5
CAN+R+ŠZ	2	4	3	0	9	3,1
CAN+R+PŠ	4	1	0	1	6	2,1
CAN+R+PK	14	0	0	0	14	4,8
ŠZ+R+Z	12	0	2	1	15	5,1
NR+PŠ+Z	21	5	1	2	29	9,9
Š+NR+PŠ	15	0	1	0	16	5,5
CAN+Š+NR	17	2	2	0	21	7,2
Total	220	31	23	18	292	100

Pozn: Vysvětlení zkratk

A	agresivita	R	rozvod
CAN	syndrom CAN	Š	šikana
D	drogy	ŠZ	špatné známky
NR	neshody s rodiči	VP	vývojové problémy (puberta)
PK	problémy s vrstevníky	Z	zamilovanost
PŠ	problémy ve škole		

Odpovědi zobrazuje dále graf 11 Grafické rozložení kombinací odpovědí ukazuje největší počet kombinace důvodů : syndrome CAN, šikana a špatné známky. Jak jsem již popsala výše, při součtu všech jednotlivých odpovědí (ne kombinací), jsou nejčastějšími důvody syndrome CAN, nehody v rodině a šikana.

Graf 11 Důvody krizové intervence



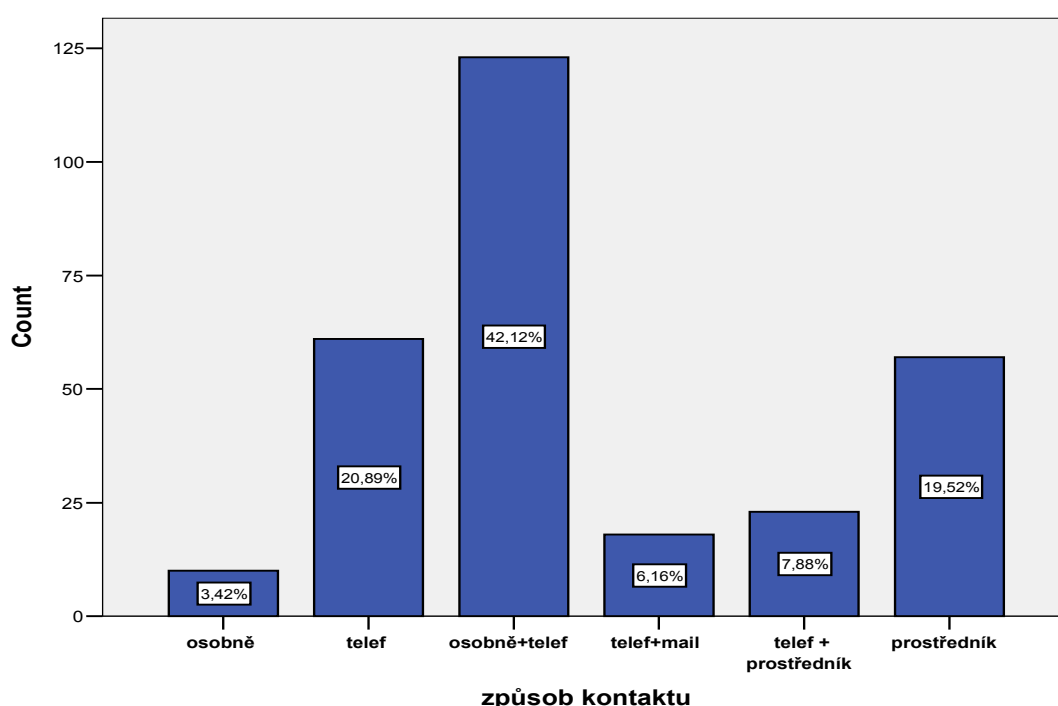
Otázka č. 6 zkoumala způsoby, jakým mohou dle respondentů děti pomáhající instituce kontaktovat. Nejvíce respondentů uvedlo kombinace osobně + telefonicky (42,1%), dále pak telefonicky (20,9%), na třetím místě skončila varianta prostředník (19,5%).

Přesné počty odpovědí zobrazuje tab. 39 a graf 12.

Tab. 39 Způsob kontaktu * zaměstnání
Count

		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
způsob kontaktu	osobně	8	0	0	2	10
	telef	40	6	10	5	61
	osobně+telef	97	12	7	7	123
	telef+mail	15	3	0	0	18
	telef+prostředník	15	4	2	2	23
	prostředník	45	6	4	2	57
Total		220	31	23	18	292

Graf 12 Způsob kontaktu



V otázce č. 7 byli respondenti dotazováni, zda oni sami by vyhledali pomoc v obtížné životní situaci a pokud ano, kam by se obrátili.

71,6% respondentů by pomoc vyhledalo, 28,4% uvedlo zamítavou odpověď. U respondentů bez souběhu studia a zaměstnání volilo odpověď „ne“ 30% respondentů, v kategorii student + učitel 32,3%, u student + zdravotník 26,1% a u student + sociální pracovník 5,6%.

Tab. 40 Vyhledali by pomoc * zaměstnání

Count

		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
vyhl.by pomoc	ano	154	21	17	17	209
	ne	66	10	6	1	83
Total		220	31	23	18	292

Tab. 41 zobrazuje odpovědi na otázku, kam by se respondenti obrátili o pomoc. Varianta blízká osoba se objevila u 54 respondentů, zbývající odpovědi jsou již v oblasti profesionální pomoci (u varianty podle problému toto rozlišit nelze). Žlutě jsou vyznačeny nejčastější odpovědi v jednotlivých kategoriích.

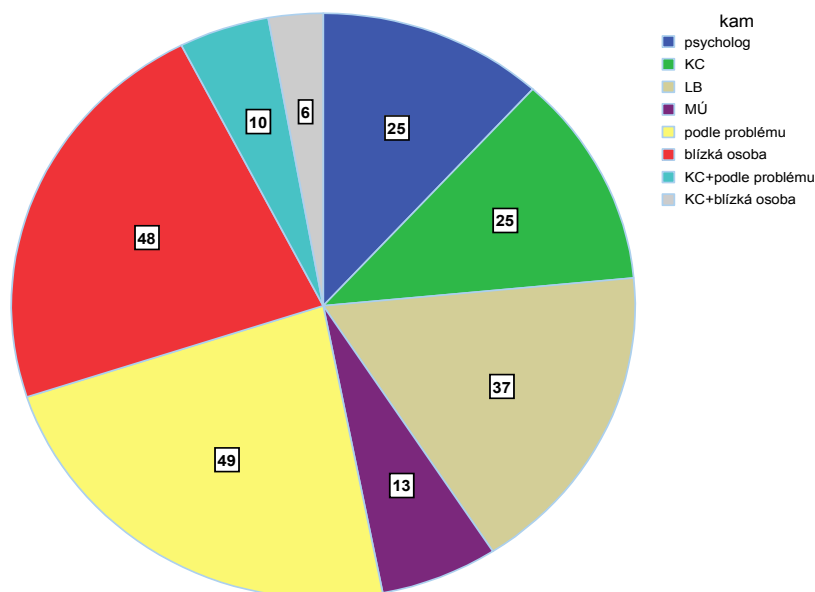
Zajímavé je propojení obou tabulek (40 a 41). Ukazují na to, že 4 respondenti odpověděli, že by pomoc nevyhledali a poté uvedli, kde by pomoc hledali. Odpovědi graficky znázorňuje graf 13.

Tab. 41 Kam by se obrátili * zaměstnání

Count

		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
kam	psycholog	14	3	4	4	25
	KC	17	5	3	0	25
	LB	33	1	2	1	37
	MÚ	11	0	1	1	13
	podle problému	36	2	4	7	49
	blízká osoba	34	8	3	3	48
	KC+podle problému	7	2	0	1	10
	KC+blízká osoba	6	0	0	0	6
Total		158	21	17	17	213

Graf 13 Kam by se obrátili o pomoc



Otázka č. 8 zkoumá důvody, které by respondentům bránily v tom, aby pomoc vyhledali. Nejčastějším důvodem byl stud, dále pak strach. 11,5% odpovídajících respondentů by tíživou životní situací zvládlo samo, 18,6% těchto respondentů by nebránilo nic.

13 respondentů na tuto otázku neodpovědělo – viz tab. 43.

Tab. 42 Překážky * zaměstnání

Count

	zaměstnání				Total
	VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
překážky					
strach	37	2	5	3	47
nedost. odhodlání	4	0	0	0	4
nedostatek info	8	0	0	0	8
nic	26	13	6	7	52
nevím	18	1	0	0	19
stud	74	8	9	8	99
zvládnou sama	23	6	3	0	32
neochota pracov.	10	0	0	0	10
dostupnost	8	0	0	0	8
Total	208	30	23	18	279

Tab. 43 Překážky včetně neodpovídajících respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	strach	47	16,1	16,8	16,8
	nedost.odhodlání	4	1,4	1,4	18,3
	ned. info	8	2,7	2,9	21,1
	nic	52	17,8	18,6	39,8
	nevím	19	6,5	6,8	46,6
	stud	99	33,9	35,5	82,1
	zvládnou sama	32	11,0	11,5	93,5
	neochota prac.	10	3,4	3,6	97,1
	dostupnost	8	2,7	2,9	100,0
	Total	279	95,5	100,0	
Missing	neuvedeno	13	4,5		
Total		292	100,0		

Zda mají respondenti dostatek informací o možnostech pomoci v krizi zkoumala otázka č. 9. Jak je patrné z tab. 44 - 46,9% respondentů uvedlo, že má dostatek informací, 48,3% má informací málo a 4,8% vyznačilo odpověď vůbec ne.

Tab. 44 Dostatek informací * zaměstnání

Count

		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
dostatek info	dostatek	90	18	14	15	137
	málo	116	13	9	3	141
	vůbec ne	14	0	0	0	14
Total		220	31	23	18	292

Poslední otázka v dotazníku (č. 10) se týkala toho, zda respondenti ví, kde potřebné informace nalézt a v případě, že ano, kde je mohou hledat.

89,4% respondentů ví, kde informace hledat. 10,6% uvedlo zamítavou odpověď.

Tab. 45 Ví kde hledat * zaměstnání

Count

		zaměstnání				Total
		VŠ	VŠ+učitel	VŠ+zdravotník	VŠ+ soc.prac.	
ví kde hledat	ano	194	30	20	17	261
	ne	26	1	3	1	31
Total		220	31	23	18	292

Respondenti uvedli 11 různých zdrojů informací. 18,5% respondentů uvedlo dva zdroje, 71,9 % pouze jeden zdroj, 9,6 % neodpovědělo. Celkem tedy na tuto otázku odpovědělo 264 studentů.

50% odpovídajících studentů napsalo jako zdroj informací internet (včetně jeho kombinace s lékařem), 22,7 % Zlaté stránky (včetně jejich kombinace s letáky).

Tab. 46 je výsledkem procedury Multiple Response, která slouží k získání četností u otázek, kde mohl respondent uvést více než jednu odpověď. Na tuto tabulku byl aplikován skript Variabilita kategorizované proměnné.

Tab. 46 Četnosti a charakteristiky uváděných informačních zdrojů

		Statistics		
		Responses		
		N	Percent	Percent of Cases
kdesouhr	internet	132	41,5%	50,0%
	přímo v instituci	7	2,2%	2,7%
	zlaté stránky	60	18,9%	22,7%
	TV	25	7,9%	9,5%
	knihovna	1	,3%	,4%
	rádio	3	,9%	1,1%
	známý	6	1,9%	2,3%
	letáky	27	8,5%	10,2%
	časopisy	16	5,0%	6,1%
	škola	14	4,4%	5,3%
	lékař	27	8,5%	10,2%
	Total	318	100,0%	120,5%
Koef. variability		,58	,58	,58
NOMVAR		,77	,77	,77
NORM NOMVAR		,84	,84	,84

5.3. Doplnující výsledky k hypotézám

5.3.1. Hypotézy týkající se uživatelů služeb KC CB

Pro potřeby testování hypotézy č. 1 je nutno zjistit počet důvodů krizové intervence, které jsou spojeny s rozvody a otestovat zjištěnou hodnotu s předpokládanou četností. Výsledky testu zobrazuje tab. 48, která vychází z údajů tab. 47, která zobrazuje zjištěné četnosti.

Test prokázal signifikaci 0,433 a rozdíl zjištěných a očekávaných procent 1,9%.

Tab. 47 Četnosti rekatégorizované proměnné problematika (problemH1)

Hodnoty	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rozvod	128	31,9	31,9	31,9
jiné	273	68,1	68,1	100,0
Total	401	100,0	100,0	

Tab. 48 Test shody četnosti s očekávanou hodnotou kategorie rozvod

Kategorie	Statistiky					Znaménkové schéma
	Zjištěná procenta	Očekávaná procenta	Rozdíl procent	Z-skór	Signifikance	
rozvod	31,9%	30,0%	1,9%	,78	,433	○

Pro doplnění testování hypotézy je uvedena tab. 49, která udává intervaly spolehlivosti. Tyto intervaly určují hranice hodnot, ve kterých se může četnost kategorie pohybovat a pořád lze považovat údaj za spolehlivý.

Tab. 49 Četnostní tabulka s intervaly spolehlivosti proměnné problemH1

	Četnost	Relativní četnost	Dolní mez	Horní mez
Platné rozvod	128	31,92%	27,36%	36,48%
jiné	273	68,08%	63,52%	72,64%
Celkem	401	100,00%		

Základní podmínkou pro testování hypotézy č. 2 je zjištění počtu spolupracujících institucí. Tabulka 50 udává četnosti a procenta případů z výběrového souboru, ve kterých krizové centrum spolupracovalo s dalšími institucemi. Ve sloupci Uživatel a Odpovědi jsou uvedeny počty případů, ve kterých krizové centrum spolupracovalo s danou institucí. Tyto dva sloupce se liší v kategorii celkem – v sloupci Uživatel udává počet uživatelů, v jejichž případě krizové centrum spolupracovalo s další institucí (není součet hodnot v sloupci Uživatel), v sloupci Odpovědi udává celkový počet odpovědí (součet všech hodnot v sloupci Odpovědi), kterých je více než uživatelů, protože u jednoho uživatele mohlo krizové centrum spolupracovat s více než jednou další institucí.

Sloupcová % odpovědí (Základ: Uživatel) jsou procenta pro než se jako základ bere kategorie celkem ze sloupce Uživatel, udávají tedy u kolika procent uživatelů spolupracovalo KC CB s danou institucí. Kategorie celkem neudává součet hodnot v sloupci, ale procentuální podíl celkového počtu odpovědí na celkovém počtu uživatelů. Sloupcová % (Základ: Odpovědi) jsou procenta pro než se jako základ bere kategorie celkem ze sloupce Odpovědi, udávají tedy v kolika procentech ze všech případů spolupráce se jednalo o spolupráci s danou institucí. Kategorie celkem neudává součet hodnot v sloupci, ale procentuální podíl celkového počtu uživatelů na celkovém počtu odpovědí.

Z tabulky vyplývá, že KC CB spolupracovalo u 54 % uživatelů, u 20% uživatelů se školu a na třetím místě to byla spolupráce se soudy (u 17% uživatelů).

Tab. 50 Spolupracující instituce

		Uživatel	Odpovědi	Column Response % (Base: Uživatel)	Column Count % (Base: Odpovědi)
Spolupracující instituce	OSPOD	127	127	54.0%	45.5%
	Soud	40	40	17.0%	14.3%
	Dětský lékař	20	20	8.5%	7.2%
	Psychiatr	33	33	14.0%	11.8%
	Škola	47	47	20.0%	16.8%
	Policie	8	8	3.4%	2.9%
	Jiná instituce	4	4	1.7%	1.4%
	Celkem	235	279	118.7%	84.2%

Důležitým zobrazením je počet případů, kdy KC CB spolupracovala s jednou či více institucemi. Zjištěná data zobrazují tab. 51 a 52.

Tabulky se liší tím, že v tab. 51 je uveden počet v rámci proměnné Spolupráce, v tab. 52 je bráno jako způsob spolupráce i samotné doporučení určité instituce k tomu, aby vyhledali uživatele služby KC CB – v této tabulce je tedy počet uveden po sloučení proměnné Spolupráce a Doporučení.

Tab. 51 Počet spolupracujících institucí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jedna	192	47.9	81.7	81.7
	Více	43	10.7	18.3	100.0
	Total	235	58.6	100.0	
Missing	Žádná	166	41.4		
Total		401	100.0		

Tabulka 51 ukazuje, že KC CB spolupracovalo ve 43 případech s více institucemi. Zobrazuje také chybějící hodnoty – tedy, že u 166 uživatelů nebyla žádná spolupráce.

Tab. 52 Počet spolupracujících institucí včetně doporučení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jedna	195	48.6	78.0	78.0
	Více	55	13.7	22.0	100.0
	Total	250	62.3	100.0	
Missing	Žádná	151	37.7		
Total		401	100.0		

Zjištěné údaje v tab. 52 pomocí četností zobrazují počet spolupráce s jednou institucí (48,6%) či s více institucemi (13,7%).

Pro testování hypotézy č. 6 slouží tabulky 53 a 54.

Tab. 53 Rekategorizovaná problematika* počet konzultací

			PR nebo PR	Změna péče po rozvodu	Emoční poruchy	Poruchy chování	Školní problémy	Jiné	Sy CAN
Count	Počet konzultací	1-2	24	27	21	40	47	12	8
		3-4	17	24	17	22	16	8	17
		5-6	3	8	8	19	4	4	0
		7 a více	6	25	10	5	1	2	6
		Total	50	84	56	86	68	26	31
Adjus Resid	Počet konzultací	1-2	0	--	0	0	+++	0	-
		3-4	0	0	0	0	0	0	++
		5-6	0	0	0	+++	0	0	-
		7 a více	0	+++	0	-	--	0	0

Tabulka 53 je kontingenční tabulka, která pomocí znaménkového schématu zobrazuje rozdíly mezi očekávanou a skutečnou četností mezi proměnnými počet konzultací a problematika. Tab. 54 zobrazuje hodnotu chí-kvadrát statistiky. Tato hodnota vyšla 69,054, což při 18 stupních volnosti dává signifikanci testu menší než 0,001. Stupně volnosti vyjadřují počet nezávislých hodnot, ze kterých počítáme testovou statistiku a signifikance zobrazuje riziko, že uděláme chybu, když zamítneme hypotézu (blíže viz popis testu chí-kvadrát v oddíle Použité statistické metody a oddíl Diskuse).

Tab. 54 Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	69.054(a)	18	.000
Likelihood Ratio	71.629	18	.000
Linear-by-Linear Association	7.225	1	.007
N of Valid Cases	401		

Tabulky 55 a 56 slouží pro testování hypotézy č. 7. Tabulka 55 je opět kontingenční tabulka. Na tuto tabulku byl použit skript znaménkové schéma. Největší rozdíly četností jsou u uživatelů ve věku 16 -20 let. Hodnota chí-kvadrát statistiky vyšla 32,533, což při 4 stupních volnosti dává signifikanci testu menší než 0,001.

Tab. 55 Kategorie věku * rekatégorizovaný způsob kontaktu

			Osobní	Osobní a telefonní/mailem	Total
Count	Kategorie věku	0-5 let	40	3	43
		6-10 let	61	8	69
		11-15 let	157	24	181
		16-20 let	62	33	95
		21-25 let	7	6	13
	Total		327	74	401
Adjusted Residual	Kategorie věku	0-5 let	+	-	
		6-10 let	o	o	
		11-15 let	+	-	
		16-20 let	---	+++	
		21-25 let	--	++	

Tab. 56 Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.533(a)	4	.000
Likelihood Ratio	29.956	4	.000
Linear-by-Linear Association	23.914	1	.000
N of Valid Cases	401		

5.3.2. Hypotézy týkající se studentů ZSF JU v CB

Pro testování hypotézy č. 3 slouží tab. 57 a 58. Tab. 57 zobrazuje četnosti kategorií umí a neumí definovat krizovou intervenci. Zároveň udává intervaly spolehlivosti pro jednotlivé kategorie. Intervaly spolehlivosti jsou potřebné u testování hypotéz, kde je uvedeno určité početní vyjádření – v našem případě údaj 2/3 (66,7%) studentů. Interval zobrazuje rozpětí, ve kterém se mohou pohybovat četnosti odpovědí v dané kategorii, aby údaj byl platný pro zvolenou hypotézu.

Tab. 57 Četnostní tabulka s intervaly spolehlivosti proměnné defKI2

Hodnoty	Četnost	Relativní četnost	Dolní mez	Horní mez
Platné umí	215	73,63%	68,58%	78,68%
neumí	77	26,37%	21,32%	31,42%
Celkem	292	100,00%		

Tab. 58 zobrazuje výsledek použití testu shody četností mezi očekávanou hodnotou. V tomto případě je předmětem zkoumání, zda je počet odpovědí větší než 50%. Blíže viz oddíl Použité statistické metody a Diskuse.

Tab. 58 Test shody četnosti s očekávanou hodnotou

Kategorie	Statistiky					Znaménkové schéma
	Zjištěná procenta	Očekávaná procenta	Rozdíl procent	Z-skór	Signifikance	
umí	73,6%	50,0%	23,6%	8,02	,000	+++

6. Diskuse

Výsledky zpracování osobní dokumentace uživatelů obou krizových center zobrazily nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže. V Krizovém centru pro děti a rodinu v Jč. (KC CB) kraji byly nejčastějšími důvody poruchy chování (21,4%). Rozvod jako důvod krizové intervence byl prokázán u 31,9 % uživatelů. Oproti tomu u uživatelů služeb krizového centra Spondea byly rodinné problémy 33,7%. Tato kategorie zahrnuje nejen problémy spojené s rozvodem, ale také problematiku domácího násilí. Dokumentace uživatelů ve Spondee je vedena odlišným způsobem, problematika rozvodů spadá jak do rodinných problémů, tak do kategorie osobní problémy – ta činila 18,9%. Není tak přesně možné zjistit počet případů, kdy důvodem krizové intervence byla rozvodová tematika.

Při tvorbě hypotézy jsem vycházela z Výroční zprávy Dětského krizového centra v Praze za rok 2004. Zde byla problematika rozvodu jako důvod krizové intervence uvedena u uživatelů dětského věku ve 27 % (DKC, 2005). Zaokrouhlila jsem počet procent ve svém výzkumu na 30%.

Zmapování počtu uživatelů s tematikou rozvodu bylo podkladem pro potvrzení či zamítnutí hypotézy č. 1. Ta se týkala údajů u uživatelů KC CB. Výsledky zobrazují tab. 47 – 49. Důležitá byla hodnota signifikance - 0,433. Tato hodnota znamená velké riziko chyby při zamítnutí hypotézy (43,3%), tudíž přijímáme její platnost.

H 1: Důvody krizové intervence u uživatelů služeb Krizového centra jsou spojeny ze 30% s rozvodem rodičů.

Hypotéza byla potvrzena.

Zajímavým ukazatelem bylo porovnání počtu uživatelů řešící rozvodovou problematiku z hlediska pohlaví. V KC CB prokázal výzkum stejný počet chlapců i dívek v kategorii probíhající rozvod, u kategorie změna péče po rozvodu se počet lišil počet o 3,2 % - chlapci 19,3% a dívky 22,5%. Je tedy patrné, že chlapci i dívky prožívají rozvod obdobně. Opačný postoj zaujímá ve své práci Elliott (2002, s. 101), kdy uvádí, že obecně chlapci hůře snášejí rozvod, než dívky. Naopak u poruch chování

převládají co do počtu chlapci, stejně tak u školních problémů. U dívek je častější výskyt emočních poruch (dívky 19,1%, chlapci 8,6%).

Syndrom CAN byl důvodem krizové intervence u 7,7 % uživatelů. Jak uvádí prof. Dunovský (1995) výskyt syndromu CAN je 1 – 2 % v populaci. Jak ukázal výzkum, u uživatelů služeb KC CB byl tento věk 11 – 15 let. Podobně tomu bylo i v krizovém centru Spondea – u dívek byl nejčastějším věkem výskytu syndromu CAN 11 – 15 rok spolu s 6 – 10 rokem, u chlapců věk 6 – 10 let.

Respondenti dotazníkového šetření naopak uváděli jako nejčastější důvody krizové intervence syndromu CAN, neshody v rodině a šikanu. Právě problematika syndromu CAN byla důvodem, proč krizová centra vznikala, teprve praxe prokázala, že problematika řešených případů je odlišná. Oproti tomu v zahraničí je stále syndromu CAN častým důvodem vzniku krizových center. Zajímavým srovnáním je statistika zahraničního krizového centra z Arizony. Toto centrum sídlí ve Valley, celý jeho název je West Valley Child Crisis Centre (WVCCC). Jedná se o neziskovou organizaci, která nabízí krizovou pomoc. Specializuje se na rezidenční služby. Ve výroční zprávě za rok 2006 uvádí jako nejčastější důvod intervence zanedbávání a bezdomovectví - 64%, dále pak zneužívání drog -21% a domácí násilí a psychické týrání -18% (WVCCC, 2007).

Při zpracování statistiky uživatelů KC CB bylo sledovanou kategorií též to, kdo vedl konzultace. Zde se ukázal velký podíl psychologů. Psychologové se podíleli na 86,5 % konzultací, sociální pracovníce na 31,9 % konzultací. Psychologové jsou v obou zařízeních základním prvkem pracovního týmu. V zákoně č. 108/2006 O sociálních službách však tyto pracovníci nejsou uvedeni, není možné je proto financovat z dotací MPSV ČR.

Výzkum byl zaměřen také na zmapování spolupráce s dalšími institucemi. Jak uvádí Nováková (2002, s. 500) krizová centra jako místa prvního kontaktu s nejnižším prahem dostupnosti se bez precizně vybudované psychosociální sítě neobejdou. Kooperující síť je podle jejího názoru jedním z nejvýznamnějších kritérií dobře fungujícího krizového pracoviště. Na tento aspekt byly zaměřeny proměnné - doporučení (od koho získali uživatelé informace) a s kým pracovníci centra spolupracovali při řešení případů. Výsledky ukázali, že u uživatelů KC CB pracovníci

spolupracovali s další institucí v 58,6% případů, z toho ve 192 případech s jednou institucí a ve 43 případech se dvěma institucemi. Nejčastěji se jednalo o spolupráci s OSPOD a školami.

Na základě četnostní tabulky 51 můžeme říci, že krizové centrum obecně nespolupracuje pouze s jednou institucí, protože v kategorii více je 43 případů, což je 18,3 % případů, ve kterých krizové centrum spolupracovalo s další institucí. Nenulová četnost kategorie více vede k zamítnutí hypotézy.

Spolupráce není však založena jen na tom, zda během řešení konkrétního případu pracovník instituce kontaktuje, ale také na tom, zda tyto instituce naopak sami dávají podněty pro vyhledání pomoci v tomto zařízení. Výzkum prokázal, že informace o tom, kde bude uživatelům poskytnuta pomoc byla podána institucemi ve 219 případech (54,6%) uživatelů KC CB. U uživatelů krizového centra Spondea tomu bylo ve 126 případech (15,8%).

H 2 : Krizové centrum CB spolupracuje při řešení případů pouze s jednou institucí.

Tato hypotéza byla zamítnuta.

Aby mohla být pomoc vůbec poskytnuta, je důležité, aby lidé věděli, co vlastně krizová intervence znamená a na co se zaměřuje. Jak uvádí Vodáčková (2002, s. 60) je krizová intervence odbornou metodou práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Pomáhá zpřehlednit klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Špatenková (2004b, s. 39) zmiňuje také, že krizová intervence je formální pomocí – tedy poskytována institucionalizovanou formou. Bývá poskytována profesionály (psycholog, psychiatr, sociální pracovník apod.), „poloprofesionály“ (např. studenty těchto oborů) nebo také proškolenými laiky. Odlišuje formální pomoc od pomoci neformální – tedy od pomoci rodiny, známých a kamarádů. Klimpl (1998, s. 55) k tomuto dodává, že právě svépomoc a vzájemná pomoc představují cenné tradiční a zároveň nejobvyklejší způsoby zvládnání krizových situací.

Autoři se shodují v tom, že krizová intervence je metoda odborné pomoci.

Jednou z podmínek pro přijetí na vysokou školu je všeobecný přehled uchazečů. Tento přehled se liší podle zaměření studia. Morales a Sheafor (2001) se zabývají profesionalizací sociální práce, kladou důraz na znalosti studentů nejen těchto, ale obecně všech pomáhajících profesí. Na základě svých zkušeností z výzkumných projektů zmiňují, že většina studentů pomáhajících profesí umí definovat základní pojmy, týkající se jejich profese. ZSF JU v CB je příkladem školy, která připravuje studenty na výkon povolání pomáhajících profesí, proto jsem se také zaměřila při posouzení informovanosti jejich žáků na definování jednoho ze základních pojmů v sociálních službách – krizové intervence.

V rámci dotazníkového šetření respondenti uváděli definici krizové intervence. 40,4 % z nich uvedlo správnou definici, 33,2% přibližnou charakteristiku a 26,4% respondentů popsalo krizovou intervenci špatně či odpovědělo, že definici neznají. Pro ověření hypotézy byla použit četnostní tabulka s intervaly spolehlivosti (tab. 57) a test shody relativní četnosti s očekávanou hodnotou (tab 58). Tento test pomocí znaménkového schématu odliší rozdíl mezi očekávanou a zjištěnou hodnotou. V tomto případě byl výsledek +++ - tedy, že zjištěná hodnota je výrazně nad 50%. Stejně tak intervaly spolehlivosti leží nad touto hodnotou.

H3: Většina studentů ZSF JU v CB (tedy více jak 50%) umí definovat krizovou intervenci, , přitom umí znamená alespoň přibližnou definici.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Důležitým aspektem v poskytování krizové intervence je schopnost získat potřebné informace z dostupných zdrojů. Často se stává, že se na pracovníka krizové linky či jiného zařízení obrátí lidé například z jiných krajů a potřebují vyhledat pomoc v místě jejich bydliště (Johnson, 1997).

Pracovník by měl být schopen zjistit v krátkém časovém úseku potřebné informace (Dubios, 2000).

Na tuto schopnost jsem se zaměřila ve svém výzkumu. Studenti v dotazníku odpovídali, kde mohou potřebné informace nalézt. Celkem uvedli 11

informačních zdrojů. Odpovídajících studentů byla 264. Z tohoto počtu jako zdroj napsalo 132 studentů (50%) internet a 60 studentů Zlaté stránky (22,7%). Výsledky detailně zobrazuje tab. 46. Byl použit test Variabilita kategorizované proměnné. Test zjistil koeficient variability 0,58, což je vysoký údaj. Koeficient se pohybuje v intervalu $< 0,1 >$. Čím vyšší je údaj, tím větší je variabilita.

H4: Odpovědi studentů ZSF JU v CB ukazují variabilitu uváděných informačních zdrojů o krizové intervenci.

Hypotéza byla potvrzena.

Respondenti také uváděli instituce, které pomoc v krizi poskytují. Zde uvedlo 57,9% studentů dvě a více institucí, 32,5 % jednu instituci a 9,6 % neodpovědělo. Četnosti těchto odpovědí jsou zobrazeny v tabulce 37. Při propojení této otázky s odpověďmi na otázku, kdo může v krizi pomoci se zobrazila převaha formální pomoci. Nejvíce studentů se spoléhá na pomoc institucí včetně učitelů (289 odpovědí). Z hlediska neformální pomoci uváděli studenti pomoc rodiče (53 odpovědí) a kamarádů (47 odpovědí). Špatenková (2004, s 52) zmiňuje právě rodiče jako nejdůležitější zdroj opory v náročných životních situacích dětí.

Mezi instituce převažovala linka bezpečí a krizové centrum. Toto dobře koresponduje s uváděným způsobem kontaktu při krizové pomoci. Zde nejčastější variantou podle respondentů byl právě telefonický kontakt. Jak však ukázaly statistiky KC CB – uživatelé volili jako nejčastější způsob osobní konzultace.

Jak již bylo zmíněno na začátku diskuze, výzkum ukázal, které jsou nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže. Při zkoumání dostupnosti krizové pomoci v krizových centrech je také to, že pomoc bude poskytnuta ve široké škále problematiky. Výzkum ukázal 9 kategorií řešených případů, stejně tomu bylo v obou krizových centrech. Ani jedna statistika neukázala, že by byla určitá problematika důvodem odmítnutí krizové intervence. Při detailním zkoumání jednotlivých dokumentací uživatelů by bylo možné kategorie ještě dále dělit, toto však nebylo možné vzhledem k velkému počtu uživatelů. Test variability kategorizované proměnné ukázal

koeficient variability 0,72 u dívek a 0,77 u chlapců. Koeficient se pohybuje v intervalu $< 0,1 >$. Čím blíže je tento koeficient nule, tím jsou data více homogenní. Tento výsledek zobrazuje tab. 19.

H 5: Statistika uživatelů služeb KC ve věku do 25 let ukazuje variabilitu řešených problémů.

Hypotéza byla potvrzena.

Výzkum se dále zabýval propojeností mezi důvody krizové intervence a počtem provedených intervencí. Hodnota chí-kvadrát statistiky (viz popis testu chí-kvadrát v oddíle Požité statistické metody) vyšla 69,054. Počet stupňů volnosti je $(4-1)(7-1)=18$. Signifikance, tedy riziko, že uděláme chybu, když zamítneme nulovou hypotézu, je v tomto případě menší než 0,001, a proto na 5% hladině, což je standardně používaná hladina testu, zamítáme hypotézu nezávislosti mezi počtem konzultací a důvodem krizové intervence. Z toho vyplývá, že důvod krizové intervence ovlivňuje počet konzultací. Mezi důvodem krizové intervence u uživatelů služeb krizového centra a počtem intervencí je určitý vztah, který je zobrazený v oddíle Doplňující výsledky k hypotézám pomocí znaménkového schématu. Za povšimnutí stojí, že v kategorii 1-2 konzultace je výrazně více klientů se školními problémy než bychom očekávali, kdyby počet konzultací nesouvisel s důvodem krizové intervence. Dále také v kategorii 5 - 6 konzultací je výrazně více klientů s poruchami chování než bychom očekávali. Na 7 a více konzultací přichází do krizového centra kvůli změně péče po rozvodu více klientů než za předpokladu nezávislosti počtu konzultací a důvodu krizové intervence.

Jak uvádí například Kaslow (2004, s. 33) krize je vždy prožívána individuálně, někdy mohou i malé podněty vyvolat velké problémy a každý z nás prožívá zátěž a stres jinak, reakce jeho organismu bude odlišná.

Tuto teorii dále rozvíjí Brohl (1996), který zdůrazňuje, že samotný důvod krizové intervence není tím hlavním determinantem rozsahu potřebné pomoci.

Pro zachování individuálního přístupu ke každému uživateli je důležitý interdisciplinární přístup i v rámci jedné organizace. Prof. Dunovský (1995, s. 220)

zdůrazňuje, že tento přístup je často podceňovaným předpokladem pro úspěšnou krizovou intervenci. Zároveň Carson a Becker (2003, s. 128) upozorňují, že spolupráce více odborníků brání také syndromu vyhoření a podněcuje kreativitu v terapeutické práci.

Z výzkumu je však patrné, že existuje vztah mezi počtem intervencí a důvodem krizové intervence. Výsledky zobrazuje tab. 53 a 54.

H 6: Existuje vztah mezi důvodem krizové intervence u vybraných uživatelů služeb KC a počtem intervencí.

Hypotéza byla potvrzena.

Posledním sledovaným aspektem bylo zjištění případného vztahu mezi věkem uživatelů a způsobem kontaktu. Zde hodnota chí-kvadrát statistiky vyšla 32,533, což při 4 stupních volnosti dává signifikanci testu menší než 0,001, tedy na základě dat zamítáme hypotézu nezávislosti mezi věkem klientů krizového centra a způsobem, jakým kontaktují centrum. Mladší klienti (do 15 let) obecně preferují osobní kontakt a starší klienti (nad 15 let) osobní kontakt v kombinaci s telefonním nebo e-mailovým kontaktem. Preferenci e-mailového kontaktu v této věkové kategorii potvrzuje také Derrig – Palumbo (2005), který popisuje způsoby „online terapie“.

Preferencí způsobů kontaktu se zabývají také odborníci na vývojovou psychologii. Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na rostoucí preferenci internetového kontaktu formou chatů ve starším školním věku a dále pak omezení korespondence ve formě dopisů a pohledů u dětí obecně.

Výsledky testování hypotézy zobrazují tabulky 55 a 56.

H 7: Existuje vztah mezi věkem uživatelů služeb krizového centra a způsobem kontaktu.

Hypotéza byla potvrzena.

7. Návrhy řešení

Výzkum ukázal jako nejčastější důvody krizové intervence u uživatelů služeb KC CB ve věku do 25 let problémy spojené s rozvodem a poruchy chování. V krizovém centru Spondea byly nejčastějšími důvody rodinné problémy a osobní problémy. Výzkum ukázal i rozložení problematiky vzhledem k věku uživatelů.

Díky zjištění nejčastějších důvodů krizové intervence je možné:

- a) zacílit působení preventivních programů a to i v jednotlivých věkových kategoriích
- b) zaměřit další profesní vzdělávání pracovníků těchto center.

V rámci výzkumu byl sledovanou proměnnou doprovod dětí a mládeže do zařízení poskytující krizovou pomoc. Doprovázejícími osobami byli rodiče a vychovatelé. Z tohoto úhlu pohledu jsou tyto osoby velmi důležité při poskytování pomoci při řešení obtížných životních situací u dětí a mládeže. Je velmi pravděpodobné, že bez jejich pomoci by velká část dětí i mládeže pomoc vůbec nevyhledala. Je proto nutné, aby při distribuci letáků a brožur o možnostech pomoci bylo pamatováno právě na tyto osoby, i když cílovou skupinou budou děti či mládež.

Dotazníkové šetření navíc prokázalo velký vliv internetu, jako nástroje při zjišťování potřebných informací. I na internetu by měly být dostupné základní a pravdivé informace o možnostech pomoci. Právě oblast internetového poradenství je velmi diskutovaným tématem – zejména kvalita odborného poradenství. Umět dobře rozlišit zdroje informací je často nejen pro odborníky, ale zvláště pro rodiče a děti obtížné. Není možné zabránit tomu, aby děti či dospělí na internetu našli nevhodné informace, je však možné hledat možnosti, jak se s daty naučit pracovat a jak se vyvarovat největším rizikům.

Navrhované řešení: Zvýšit počet vzdělávacích a informativních akcí pro širokou laickou i odbornou veřejnost, jakým způsobem získávat vhodné informace o možnostech pomoci v obtížných životních situacích.

Pro poskytování kvalitní pomoci dětem a mládeži je nutná spolupráce více odborníků a institucí. Výzkum ukázal, že na krizové intervenci v KC CB se nejvíce podílejí psychologové a dále pak sociální pracovníci. Bohužel díky novému zákonu č.108/2006 O sociálních službách nejsou psychologové bráni jako „regulérní“

pracovníci sociálních služeb, psychologové jsou zařazeni do zdravotnických pracovníků. V dotačním řízení MPSV ČR nebudou tito pracovníci finančně podpořeni. Oproti tomu tentýž zákon při registraci sociálních služeb vyžaduje, aby i psychologové byli registrováni a dokládali, že mají potřebné vzdělání a jsou tak schopni sociální služby poskytovat. Bez registrace nemohou služby poskytovat.

Navrhované řešení:

- Vytvoření grantových projektů např. krajských úřadů s cílem finančně podpořit práci psychologů v sociálních službách
- Odstranění této tvrdosti v zákonu č.108/2006 Sb.

Výzkum prokázal, že KC CB spolupracuje při řešení případů s více jak jednou institucí. Již samotná spolupráce, i kdyby pouze s jednou institucí je důležitá. Jak zdůrazňují odborníci (Dunovský, 1999) je třeba vytvořit fungující psychosociální síť pomáhajících spolupracujících institucí. Fungující spolupráce KC CB s jinými institucemi je třeba brát jako příklad dobré praxe.

Navrhované řešení: Zveřejnit výsledky výzkumu a poukázat na skutečnost, že lze vytvořit fungující síť spolupracujících institucí.

Dobrym základem pro podpoření vzniku dalších sítí je také to, že dotazníkové šetření u studentů ZSF JU v CB prokázalo znalost krizové intervence u těchto žáků, ale také to, že tito studenti znají instituce, které pomoc poskytují. Studenti nejčastěji uváděli právě KC CB a linku bezpečí.

Znalost těchto institucí je zároveň podstatným článkem v dobré dostupnosti jimi poskytovaných služeb.

Důležitým aspektem je však také to, že dotazníkové šetření ukázalo, že ačkoli studenti znají instituce, které pomoc nabízejí, oni sami by pomoc v případě potřeby nevyhledali a to ve 28,4%. Nejčastěji z důvodu strachu a studu. Toto je velmi zajímavý fenomén. Odborníci pomáhajících profesí se sami bojí a stydí vyhledat jiné odborníky. Bohužel právě to, že oni pomoc nevyhledají se promítne nejen do jejich osobního života, ale také do jejich profese.

Navrhované řešení: Zaměřit se na tento aspekt při osvětových a vzdělávacích akcích s cílem poukázat na obtížnost práce v sociálních službách, důležitost psychohygieny a supervize.

V rámci výzkumu uživatelů služeb KC CB do 25 let byla prokázána variabilita řešené problematiky. Prokázání variability je významné z pohledu pracovníků, kteří krizovou intervenci poskytují. Z pohledu uživatelů je zjištění této variability jedním z prvků získání důvěry vůči tomuto zařízení s tím, že i jejich problémům bude věnována pozornost.

Navrhované řešení:

- Pravidelné vzdělávání a rozšiřování znalostí a dovedností pracovníků krizových center.
- Zveřejnění výsledků výzkumu ve výroční zprávě KC CB a v dalších propagačních materiálech.

Po ověření hypotéz byl prokázán vztah mezi důvodem krizové intervence a počtem intervencí. Znalost tohoto vztahu je důležitá při plánování rozsahu poskytovaných služeb. Z výzkumu je také patrné, který pracovník či pracovníci vedli intervence. Výzkum prokázal také vztah mezi věkem uživatelů a způsobem kontaktu.

Navrhované řešení: Propojením těchto dvou výsledků je možné lépe koncipovat poskytovanou krizovou intervenci.

8. Závěr

Disertační práce byla zaměřena na zmapování nejčastějších důvodů krizové intervence u dětí a mládeže. Data byla čerpána z osobní dokumentace uživatelů služeb krizového centra pro děti a rodinu Českých Budějovicích a Spondey – krizového centra pro děti mládež v Brně. Dalším zdrojem dat bylo dotazníkové šetření u studentů ZSF JU v CB.

Nejobtížnější část celé práce byla příprava dat pro statistické zpracování. Bylo nutné převést data do jednotlivých kódů. Důležitým aspektem byl předvýzkum, který pomohl kategorie upravit tak, aby výsledné statistiky zobrazovaly potřebné údaje. Pro testování hypotéz bylo nutné udělat rekategorizaci dat. Tato náročná část výzkumu není

v samotné disertační práci moc patrná. S programem SPSS jsem se blíže seznámila právě díky této práci. Měla jsem možnost porovnat práci s daty v Excelu a v SPSS programu. Program SPSS je v tomto ohledu mocným pomocníkem. Musím přiznat, že často v začátcích práce došlo z mé strany k chybám při tvorbě výstupů, naštěstí v programu SPSS se většina chyb zobrazí – a často vás to k provedení určitého kroku ani nepustí.

Samotný výzkum zobrazil data, která jsem zamýšlela zjistit a popsat. Tedy to, jaké jsou nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže (samozřejmě se specifikací podle výzkumného souboru), kdo provádí intervence, v jakém počtu. Jaké instituce se podílí na řešení. Kterým směrem je potřeba zacílit preventivní a vzdělávací aktivity.

Byla prokázána variabilita důvodů krizové intervence uživatelů služeb ve věku do 25 let a spolupráce při řešení případů s více institucemi. Zároveň byly poskytovány v součinnosti s krizovou intervencí i jiné typy služeb a uživatelé používali různé způsoby kontaktu. Všechny tyto údaje jsou ukazateli komplexnosti poskytovaných služeb.

Ukázalo se, ale že vypovídající hodnota proměnné Konzultace s – tedy kdo vedl konzultace není zcela správná. Zobracuje celkové počty podle pracovníků, ale nezobrazuje to, že psychologové byli 3 a ostatní pracovníci v počtu 1 – je tedy velký počet konzultací s psychologem, ale zajišťovali je 3 lidé.

Jedním z cílů disertační práce bylo vytvořit systém zpracování dat, který lze použít u všech uživatelů služeb KC CB. Tento systém byl vytvořen. Plně zachovává anonymitu uživatelů i při plném zobrazení jednotlivých proměnných a kategorií. Předvedla jsem jej Krizovému centru Spondea, které jej ode mne převezme a bude data zpracovávat stejným způsobem. Díky této práci se zlepšila vzájemná spolupráce mezi těmito krizovými centry. Vytvořením databáze uživatelů služeb KC CB v SPSS programu je nyní možné během krátké chvíle získat výstupy potřebné pro podávání žádostí o granty a sponzorské dary, včetně podkladů pro Jihočeský kraj s cílem prokázat potřebnost a přínosy této instituce. Jednotlivé kategorie jsou voleny tak, aby vyhovovaly odlišným požadavkům jednotlivých grantových programů.

Při posouzení informovanosti studentů ZSF JU v CB jsem vycházela ze schopnosti:

- definovat krizovou intervenci,
 - uvést instituce, které ji poskytují,
- a prokázání variability uváděných informačních zdrojů.

Na základě zjištěných dat je patrné, že studenti ZSF JU v CB jsou informováni o možnostech krizové intervence. Pro posouzení přesné míry informovanosti by bylo potřeba širšího šetření.

Výzkum však poukázal na skutečnost, že studenti a pracovníci pomáhajících profesí mají problémy s tím, sami vyhledat odbornou pomoc. Na tento aspekt se zaměří pracovníci KC CB při své přednáškové a osvětové činnosti.

9. Seznam použitých zdrojů

1. EIS, Z. 1994. *Krize všedního dne*. 1. vyd. Praha: GRADA, 1994. 120 s. ISBN 80-85424-56-8
2. VODÁČKOVÁ, D. a kol. 2002. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9
3. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2004a. *Krize psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4
4. VYMĚTAL, J. 2002. *Úzkost a strach u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-830-9
5. BAŠTECKÁ, B. a kol. 2005. *Terénní krizová práce*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. 299s. ISBN 80-247-0708-X
6. BROHL, K. 1996. *Working with traumatized children*. 1st ed. New York: CWLA Press, 1996. 105 p. ISBN: 0-8786-8633-9
7. GARRICK, J. 2005. *Trauma Treatment techniques*. 1st ed. USA: Haworth Press, 2005. 252 p. ISBN 0-7890-2843-3
8. GOLDMANOVÁ, J. 2000. *Jak si nenechat ublížit*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 142 s. ISBN 80-7178-413-3
9. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. 2004b. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2004. 197 s. ISBN 80-247-0586-9
10. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1.vyd. Praha: GRADA, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4
11. YUEN, F. K. O. 2005. *Social Work Practise with Children and Families*. 2nd ed. London: Haworth Press, 2005. 250p. ISBN 0-7890-1795-4
12. AQUILERA, D. C. 1997. *Crisis Intervention - Theory and Methodology*. 8th ed. St. Louis: Mosby Inc., 1997. 360p. ISBN 9780815126041
13. HOFF, L. A. 2001. *People in Crisis: Clinical and Public Health Perspectives*. 5th ed. San Francisco: Aha Press, 2001. 442 p. ISBN 0-7879-5421-7
14. JANEČKOVÁ, B. 2002. Pracoviště krizové pomoci, služeb a intervence. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 196 – 208. ISBN 80-7178-696-9

15. NOVÁK, T., PRŮCHOVÁ, B. 2004. *Jak přežít rozvodové peklo*. 1. vyd. Brno: JOTA, 2004. 198 s. ISBN 80-7217-294-8
16. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002. 128 s. ISBN 80-247-0332-7
17. JAMES, K.R., GILLILAND, B.E. 2004. *Crisis Intervention Strategies*. 5th ed. Wadsworth: Wadsworth publishing, 2004. 640 p. ISBN 13-978-0534569662
18. LORENC, J. 2002. Krizová intervence u dospívajících. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 278 - 285. ISBN 80-7178-696-9
19. MÁDROVÁ, E. 1998. *Zkuste být dítětem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 117 s. ISBN 80-71785-16-4
20. KRÍŽ, J. 2000. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: ZSF JU ČB, 2000. 76 s. ISBN 80-7040-724-7.
21. VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 468 s. ISBN 80-246-0956-8
22. ŘÍČAN, P. 2004. *Cesta životem*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7
23. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. 2003. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9
24. MATOUŠEK, O. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. vyd. Praha: SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9
25. TRNOVÁ, M. 2004. Právní aspekty krizové intervence. In Špatenková, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2004. s. 49-52. ISBN 80-247-0586-9
26. FRIEDRICH, W.N. 2007. *Children with Sexual behavior problems*. 1st ed. NY: W W Norton & Company, 2007. 288p. ISBN 13-978-0-393-70498-3
27. OŠANCOVÁ, R. 2002. Právní aspekty krizové intervence. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 183 - 188. ISBN 80-7178-696-9

28. TOMEŠ, I., KOLDINSKÁ, K. 2003. *Sociální právo evropské unie*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2003. 267 s. ISBN 80-7179-831-2 s 28
29. ZOUBKOVÁ, I. 1999. Právní postavení a právní ochrana mládeže. In *Demokracie a ústavnost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. s. 270 - 276. ISBN 80-7184-868-9
30. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
31. BANKS, S. 2001. *Ethics and Values in Social Work*. 2nd ed. New York: Palgrave, 2001. 217 p. ISBN 0-333-94798-3
32. NĚMEC, P. 1999. *Public relations - Komunikace v konfliktních a krizových situacích*. 1. vyd. Praha: Management press, 1999. 125 s. ISBN: 80-85943-66-2
33. WEISS, P. a kol. 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. 264 s. ISBN 80-247-0929-5
34. CROSSON - TOWER, S. 2002. *Understanding Child Abuse and Neglect*. 5th ed. USA: Allyn nad Bacon, 2002. 446 p. ISBN 0-205-33795-3
35. HODEK, B. a kol. 2005. *Anglicko-český a česko-anglický studentský slovník*. 1. vyd. Praha: LEDA, 2005. 736 s. ISBN 80-7335-060-2
36. KOCVRLIKOVÁ, J. 2000. *Vina*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 198 s. ISBN 80-7178-922-1
37. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. 1995. *Týrané zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: GRADA, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5
38. ROBERTS, A. R. 2005. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment and research*. 3rd ed. New York: Oxford Univerzity Press, 2005. 804 p. ISBN 13-978-0-19-517991-0
39. VANÍČKOVÁ, E. 2005. *Dětská prostituce*. 1 vyd. Praha: GRADA, 2005. 136 s. ISBN 80-247-1138-9
40. McWADE, M. 2002. *Daily Mediations for Surviving a Separation, Break-up or Divorce*. 1st ed. New York: Champion Press, 2002. 224 p. ISBN 1-8914-0032-0

41. DUNOVSKÝ, J. 1999. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9
42. MATĚJČEK, Z. 2003. *Co děti nejvíc potřebují*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 108 s. ISBN: 80-7178-853-8
43. NOVÁK, T. 2005. Syndrom zavržení se nemusí týkat jen vztahu rodiče a dítěte. *Právo a rodina*, 2005, roč. 7, č. 11, s. 1 - 7. ISSN 1212-866X
44. KOŽENÁ, I. 2005. Dítě jako účastník řízení – relevance jeho názoru. *Právo a rodina*, 2005, roč. 7, č. 6, s. 9 - 14. ISSN 1212-866X
45. GARDNER, R. A. 2005. *The International Handbook of Parental Alienation Syndrome*. 2nd ed. London: Haworth Press, 2005. 726 p. ISBN 0-7890-0587-5
46. CULL, L. A., ROCHE, J. 2001. *The Law and Social Work*. 1st ed. London: Palgrave, 2001. 285 p. ISBN 0-333-94587-5
47. ŠPAŇHELOVÁ, I. 2005. Střídavá péče o děti po rozvodu očima psychologa. *Právo a rodina*, 2005, roč. 7, č. 5, s. 1 - 5. ISSN 1212-866X
48. OBERLIN, L. H. 2005. *Surviving Separation And Divorce*. 2nd ed. Cincinnati: Adams media corporation, 2005. 293 p. ISBN 1-5933-7276-0
49. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4
50. HOLÁ, L. 2003. *Mediace – způsob řešení mezilidských konfliktů*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2003. 192 s. ISBN 80-247-0467-6
51. WIRTZ, U. 2005. *Vražda duše – Incest a jeho terapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 215 s. ISBN 80-7178-975-5
52. GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2003. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3
53. TRAIN, A. 2001. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2
54. ELLIOT, J., PLACE, M. 2004. *Children in difficulty*. 2nd ed. London: RoutledgeFalner, 2004. 278 p. ISBN 0-415-32544-7
55. KRATOCHVÍL, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. vyd. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8

56. MÜLLEROVÁ, V., MEZNÍKOVÁ, M. 2004. Čas proměn v rodině a rodinné terapii. *Psychologie Dnes : psychologie, psychoterapie, životní styl*, 2004, roč. 10, č. 12, s. 26-28. ISSN 1211-5886
57. WINTON, M. A., MARA, B. A. 2001. *Child Abuse and Neglect*. 2nd ed. Boston: Ally and Bacon, 2001. 268 p. ISBN 0-205-34067-9
58. COLTON, M., SANDERS, R. WILLIAMS, M. 2001. *An Introduction to Working with Children*. 1st ed. London: Palgrave, 2001. 267 p. ISBN 0-333-69308-6
59. ROMÉNOVÁ, T. 2000. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1 vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6
60. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. 2001. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8
61. LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. 2000. *Dětská psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1
62. KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0
63. ÚLEHLA, I. 2005. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: SLON, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9
64. BERG, I. K., KELLY, S. 2006. *Building Solutions in Child Protective Services*. 1st ed. New York: W W Norton & Company, 2006. 336 p. ISBN 0-393-70310-X
65. BERG, I. K., STEINER, T. 2003. *Children's Solution Work*. 1st ed. New York: W W Norton & Company, 2003. 224 p. ISBN 13-978-03937003870
66. PRAŠKO, J. 2003. *Stop traumatickým vzpomínkám*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2
67. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1284-9
68. TIMULÁK, L. 2006. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 184s. ISBN 80-7367-106-9

69. ELLIOTT, J., PLACE, M. 2002. *Dítě v nesnázích – prevence, příčiny, terapie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2002. 206 s. ISBN 80-247-0182-0
70. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 1995. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: GRADA, 1995. 400 s. ISBN 80-7169-168-2
71. HUTCHINSON, E., D. 2003. *Dimensions of Human Behavior*. 2nd ed. USA: SAGE Publications, 2003. 551 p. ISBN 0-7619-8764-9
72. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. 2004. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 228 s. ISBN: 80-7178-889-9
73. VYMĚTAL, J. 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2 vyd. Praha: GRADA, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3
74. KARASZOVÁ, K. 2003. Zázračné momenty v terapii zameranej na človeka. *Empatia: Služi na komunikáciu a informovanie o formách práce, úspechoch i ťažkostiach na ceste pomoci človeku v náročných životných situáciách*, 2003, roč. 10, č. 4, s. 8 - 22. ISSN: 1335 8624.
75. GODDETOVÁ, T. E. 2001. *Umění jednat s dospívajícím*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 228 s. ISBN 80-7178-492-3
76. BERNEOVÁ, P. H., SAVARY, L. M. 2003. *Jak nevychovat dítě s pocitem méněcennosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 136 s. ISBN 80-7178-855-4
77. NOVÁKOVÁ, Z. 2002. Psychosociální podpůrný systém v oblasti krizové pomoci, služeb a intervence. In Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 500 - 519. ISBN 80-7178-696-9
78. BUDINSKÁ, M. 2006. Co ukládá školám a školským zařízením za povinnost realizovat primárně preventivní aktivity v oblasti sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. *Prevence*, 2006, roč. 3, č. 7, s. 4 - 5. ISSN 1214-8717.
79. HÁLA, J. 2005. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 56 s. ISBN 80-7040-815-4.
80. MŠMT ČR. 2005. *Strategie prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v resortu MŠMT na období 2005 - 2008*. [online]. © 2005 [cit. 2007-06-25]. Dostupné: <http://www.msmt.cz/Files/HTM/MBSTRATEGIE2005_2008web.htm>

81. VANÍČKOVÁ, E. 2002. *Sociální zdraví dětí a škola*. 1. vyd. Praha: MŠMT ve spolupráci s UK v Praze, 2002. 87 s. ISBN 80-239-0164-8
82. NICHOLS, P. M., SCHWARZ, R. C. 2001. *The Essentials of Family Therapy*. 1st ed. USA: Allyn and Bacon, 2001. 338 p. ISBN 0-205-31683-3
83. MŠMT ČR. 2006. *Metodický pokyn č. j. 14 514/2000 - 51 k prevenci sociálně patologických jevů* [online]. © 2006 [cit. 2007-06-18]. Poslední aktualizace: 26.11.2006. Dostupné: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/metodicky-pokyn-k-prevenci-socialne-patologickykh-jevu>>
84. SVOBODA, J. 2006. Kdy je prevence prevencí a kdy doplňováním informací. *Prevence*, 2006, roč. 3, č. 4, s. 12 - 14. ISSN 1214-8717
85. MASÁKOVÁ, V. 2005. Potřebujete se rychle zorientovat v prevenci? Základní představitelé primární prevence ve škole. *Prevence*, 2005, roč. 2, č. 5, s. 12 - 13. ISSN 1214-8717
86. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
87. DEATON, W. S., HERTICA, M. 2001. *Therapist's Guide to Growing Free*. 1st ed. New York: HMTP, 2001. 83 p. ISBN 0-7890-1469-6
88. HAMANOVÁ, J. 2001. *Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. [online]. © 2001 [cit. 2007-06-16]. Dostupné: <<http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=13&publ=9&cl=38>>
89. *Vybrané mezinárodní dokumenty v péči o rodinu a děti*. 2000. 1. vyd. Praha: JAN, 2000. 240 s. ISBN 80-85529-85-8
90. *Zákon č. 104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte*. 2002. [online]. © 2002 [cit. 2007-07-22]. Dostupné: <<http://www.detskaprava.cz/soubory/umluva.pdf>>13s.
91. UNICEF. 2004. *Co je UNICEF*. [online]. © 2004 [cit. dne 15.6.2007]. poslední revize 13.8.2004. Dostupné: <<http://www.unicef.cz/index.php?pg=1&hlavnikat=0&idsubsubkat=0>>

92. KOVAŘÍK, J. a kol. 2001. *Dětská práva, právní povědomí, participace dětí a sociální služby*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2001. 222 s. ISBN 80-7040-531-7
93. KOVAŘÍK, J. 2004. *Právní povědomí a vnímání práva u školních dětí*. [online]. ©2004 [cit.. dne 20.9.2004]. poslední revize 13.8.2004 Dostupné: <http://www.detskaprava.cz/soubory/pravni_povedomi_u_skolnich_deti.pdf> 40 s.
94. NOVOTNÁ, E. 1994. *Rozmanitost pravidel a pochybností sociologického výzkumu*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Pedagogická fakulta, 1994. 82 s.
95. SÝKOROVÁ, E. 2005. *Nástin využití statistických metod v diplomových pracích studentů oboru překladatelství- tlumočnictví /seminární práce/*. FF UK Praha. [online]. © 2005 [cit.2007-05-23]. Dostupné: <<http://utrl.ff.cuni.cz/seminarky/sykorova.rtf>>
96. JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 286 s. ISBN 80-7178-535-0
97. FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
98. ZICHOVÁ, J. 2006. *Materiály k výuce*. [online]. © 2006 [cit. 2007-07-18]. Dostupné: <<http://www.karlin.mff.cuni.cz/~zichova/>>
99. SPSS. 2006. *Skripty pro úpravy výstupů*. [online]. © 2006 [cit. 2007-07-25]. Dostupné: <<http://www.spss.cz/scripts.htm>>
100. Dětské krizové centrum. 2005. *Výroční zpráva DKC 2004*. [online]. © 2005 [cit. 2007-06-23] Dostupné:<<http://www.dkc.cz/knihovna/DKC-VZ-2004SP.pdf>> 48 s.
101. West Valley Child Crisis Centre. 2007. *FY 2006 Annual Report*. [online]. © 2007 [cit. 2007-07-25]. Dostupné: <<http://www.wvccc.org/events.htm>> 6 p.
102. NOVÁKOVÁ, Z. 2002. Psychosociální síť krizového pracoviště. In VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 500 - 515. ISBN 80-7178-696-9

103. KLIMPL, P. 1998. *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. 1.vyd. Praha: GRADA Publishing, 1998. 167 s. ISBN 80-7169-324-3.
104. MORALES, A. I., SHEAFOR, B. W. 2001. *Social Work a Profession of Many Faces*. 9th ed. USA: Allyn and Bacon, 2001. 618 p. ISBN 0-205-31740-5
105. JOHSON, L. C. 1997. *Social Work Practise*. 6th ed. London: Allyn and Bacon, 1997. 461 p. ISBN 0-205-27055-7
106. DUBOIS, B., MILEY, K. K. 2000. *Social Work an Empowering Profession*. 4th ed. USA: Allyn and Bacon, 2000. 523 p. ISBN 0-205-34067-9
107. KASLOW, F. W. 2004. *Family Therapy Around the World*. 1st ed. New York: Haworth Press, 2004. 263 p. ISBN 0-7890-2515-9
108. CARSON, D. K., BECKER, K. W. 2003. *Creativity in Psychotherapy*. 1st. ed. New York: Haworth Press, 2003. 237 p. ISBN 0-7890-1579-X
109. DERRIG-PALUMBO, K., YEINE, F. 2005. *Online Therapy*. 1st ed. New York: W W Norton & Company, 2005. 288 p. ISBN 0-393-70452-1
110. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady u jednotlivých typů dokumentů* [online]. Verze 3. 0. © 1999 – 2004. poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16s. Dostupné: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>
111. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla* [online]. Verze 3. 3. © 1999 – 2004. poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21s. Dostupné: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>

10. Klíčová slova

Děti - Children

Krizová intervence – Crisis Intervention

Krizové centrum – The Crisis Centre

Mládež - Juveniles

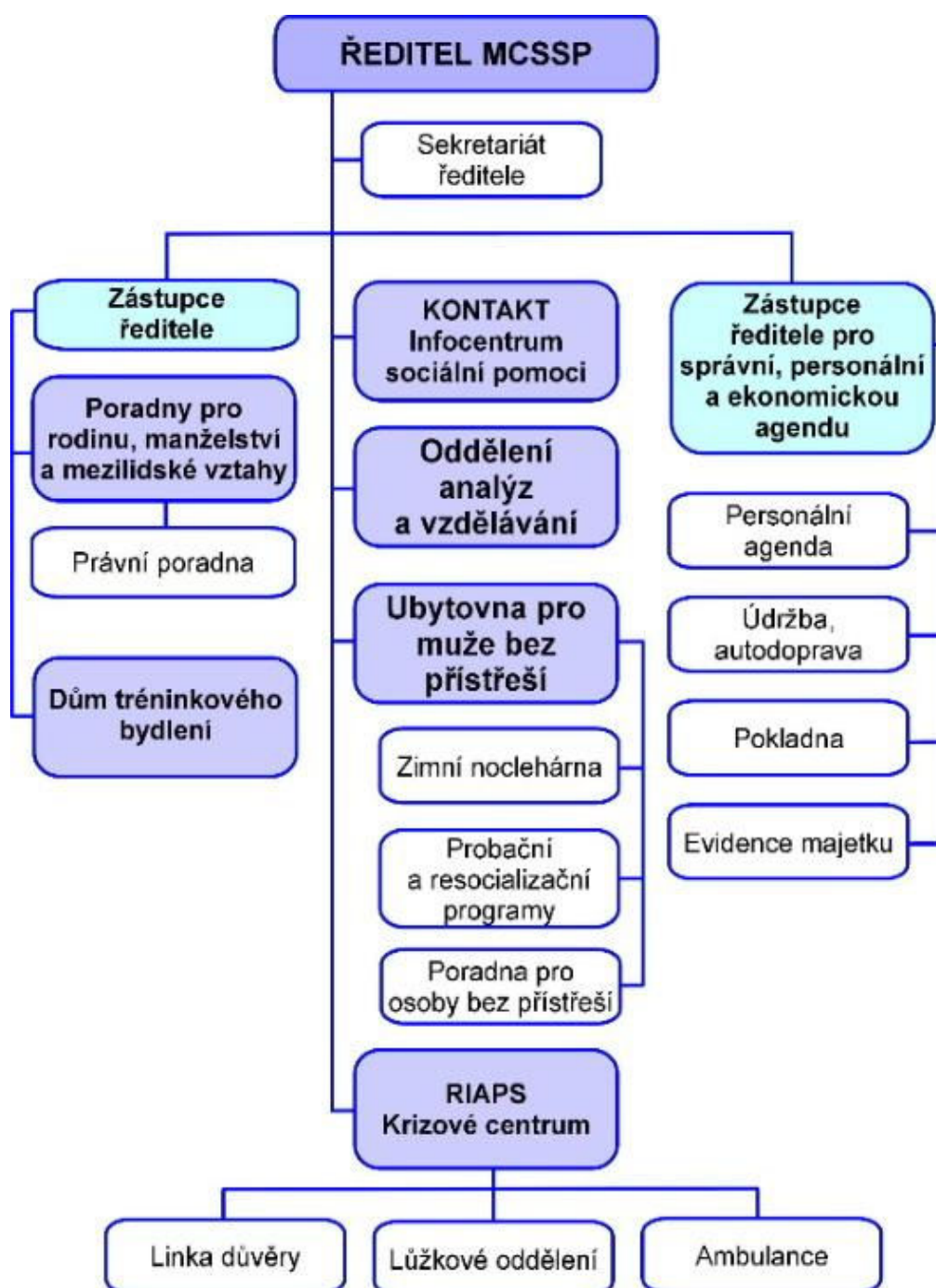
Terapie - Therapy

11. Přílohy

Seznam příloh:

1. Centrum sociálních služeb Praha
2. Původní kódy zpracování osobní dokumentace uživatelů služeb KC CB
3. Dotazník
4. Slovníček pojmů SPSS

Organizační struktura Městského centra sociálních služeb Praha



Příloha č. 2

Původní kódy zpracování osobní dokumentace

Pohlaví: Muž – 0
Žena – 1

Věk: 0-5 0
6-10 1
11-15 2
16-20 3
21-25 4

Bydliště: České Budějovice – 0
Jihočeský kraj – 1
Jiný kraj – 2

Vzdělání: ZŠ – 0
Vyučen – 1
SŠ – 2
VOŠ – 3
VŠ – 4
Bez- 5

Počet konzultací: 1 0
2 1
3 2
4 3
5 4
6 5
7 6
8 a více 7

Konzultace s: Psychologem 0
Sociálním pracovníkem 1
Psychiatrem 2
Právníkem 3

Způsob kontaktu: Osobní kontakt 0
Telefonický 1
E-mail 2
Osobní + telefon 3

Charakter konzultace:	krizová intervence	0
	poradenství	1
	diagnostika	2
	psychoterapie	3
	řízený styk	4
Krizová intervence:	Tváří v tvář	0
	Telefonická	1
	E-mailem	2
Doporučení od:	OSPOD	0
	Soud	1
	Dětský lékař	2
	Psychiatr	3
	Škola	4
	Policie ČR	5
	Jiná instituce	6
	Vlastní iniciativa	7
Spolupráce na případu s:	OSPOD	0
	Soud	1
	Dětský lékař	2
	Psychiatr	3
	Škola	4
	Policie ČR	5
	Jiná instituce	6
Problematika:	Problémy spojené s probíhajícím rozvodem	0
	Problémy spojené se změnou péče po rozvodu	1
	Partnerské problémy	2
	Psychosomatické poruchy	3
	Emoční poruchy	4
	Poruchy chování	5
	Poruchy příjmu potravy	6
	Školní problémy	7
	Poruchy způsobené návykovými látkami	8
	Poruchy psychosexuálního vývoje	9
	Týrání	10
	Zneužívání	11
	Zanedbávání	12
Uživatelé:	Nově příchozí	0
	Rok 2003	1

Dotazník

Příloha č. 3

Tento dotazník je součástí výzkumu v rámci dizertační práce „Nejčastější důvody krizové intervence u dětí a mládeže – jejich prevence, řešení, terapie“. Dotazník je anonymní, veškeré údaje budou zpracovány pouze souborně, jednotlivé dotazníky nebudou nikde samostatně zveřejňovány.

Děkuji za ochotu dotazník vyplnit,

Mgr. Martina Ramešová

Instrukce k vyplnění:

Své odpovědi prosím zatrhněte křížkem do předtištěných rámečků, u některých otázek je ponechám prostor na vepsání vlastní odpovědi, toto místo je vyznačeno tečkami.

Identifikační údaje:

Věk:.....

Pohlaví: žena
 muž

Zaměstnání: *pokud studujete dálkové studium a zároveň pracujete, zaškrtněte obě možnosti*

studuji SŠ
 VŠ
 jiné:.....

pracuji jako:.....

1. Co si představujete pod pojmem krizová intervence?

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

2. Co je podle Vás krize?

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

3. Kam se mohou děti v naléhavém případě obrátit o pomoc?

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

4. Znáte nějaké instituce, které pomoc v krizi poskytují? ano
 ne

Pokud ano, jaké to jsou:

.....
.....

5. Jaké jsou podle Vás tři nejčastější důvody, proč děti tyto instituce kontaktují?

.....
.....

6. Jak mohou děti instituce kontaktovat?

.....
.....

7. Vyhledal/la byste Vy sám/sama pomoc v tíživé životní situaci? ano
 ne

Pokud ano, kam byste se obrátil/la:

.....
.....

8. Co by Vám bránilo v tom, pomoc vyhledat?

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

9. Myslíte si, že máte dostatek informací o tom, kam se můžete v případě potřeby obrátit?

- vůbec ne
- orientuji se jen málo
- mám dostatek informací

10. Víte, kde můžete tyto informace nalézt? ano

ne

Pokud ano, napište kde:

.....

.....

Slovník pojmů

% within	Procento vypočtené z
Adjusted Residual	Adjustovaný, upravený zbytek – reziduum
Cell	Buňka
Count	Počet
Cumulative Percent	Kumulativní procento
Expected count	Očekávaný počet
Frequency	Četnost
Chi-Square Test	Chí-kvadrát test
Label	Popis, označení proměnné
Less than	Méně než
Missing values	Vynechávané, chybějící hodnoty
N of Valid cases	Počet platných případů
Percent	Procento
Response	Odpověď
Standard deviation	Směrodatná odchylka
Total	Celkem
Valid Percent	Platné procento
Valid	Platný

Zdroj:

Červová, L. SPSS Base 13.0 Příkazy a možnosti. Praha: Centrum výuky SPSS. 238 s.