

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Informovanost dětí o psychosociálních zařízeních
v Českých Budějovicích**

Diplomová práce

Autor práce: Lenka Nečesalová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šuleřová

Duben 2007

Children awareness of psychosocial facilities

ABSTRACT

Human life is normally filled with a number of various difficulties and challenges. Adults in trouble usually manage to recognize their problem and utilize the network of support services or find professional help if necessary. For children this is more troublesome, they are usually not able to recognize service appropriate and suitable for their situation or condition. Many children do not know about available help or they have inadequate information about it.

The goal of this study was to assess the extent of children awareness of psychosocial facilities in České Budějovice. Quantitative data were collected through questionnaires addressed to pupils at second grade of basic schools. Particular goal of the study was to evaluate the number of preventative activities at basic schools that focus on the given topic. This part of the study utilized formal managed interviews with employees of psychosocial facilities in České Budějovice.

The sample consisted of 170 pupils of a basic school in České Budějovice. More specifically, out of 170 subjects, 90 respondents were girls and 80 respondents were boys, aged between 11 and 15 years.

Research showed that almost half of the children are now aware of the existence of psychosocial facilities. The awareness among girls was however significantly higher. Children did not know almost any of the specific facilities available for them in České Budějovice. The only reassuring fact is that significant number of children know about the support they can receive through telephone number which they should dial in case they were looking for help or advice. Alarming finding was that majority of children had never had a preventative lecture in the school, during which they would learn what to do in case of a difficult person situation, including where and from whom to search help. This finding was also confirmed by representatives of psychosocial facilities. Both hypothesis were therefore confirmed.

This study should contribute to better orientation in the network of psychosocial services for children and simultaneously appeal to the public to increase quality and volume of preventative activities devoted to this area.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Informovanost dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích.....

podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla v první řadě poděkovat paní Mgr. Kateřině Šuleřové za trpělivost, podporu a metodické vedení v celém průběhu zpracování diplomové práce.

Velké poděkování patří také žákům a učitelům Základní školy v Jírovcově ulici v Českých Budějovicích, kteří se ochotně podíleli na výzkumu.

Lenka Nečaslová, duben 2007

OBSAH

Úvod	7
1. Současný stav	8
1.1. Děti, které potřebují pomoc psychosociálních zařízení	11
1.1.1. Ohrožené dítě	11
1.1.2. Rizikové dítě	13
1.1.3. Role sociálního pracovníka v přístupu k ohroženým a rizikovým dětem	17
1.2. Děti staršího školního věku	18
1.2.1. Psychologická charakteristika dětí druhého stupně základních škol	18
1.3. Instituce a služby zabývající se ohroženými a rizikovými dětmi	21
1.3.1. Orgány sociálně právní ochrany dětí	21
1.3.2. Kurátor pro mládež	21
1.3.3. Diagnostický ústav	22
1.3.4. Dětský domov	23
1.3.5. Dětský domov se školou	24
1.3.6. Pedagogicko-psychologická poradna	25
1.3.7. Středisko výchovné péče	25
1.3.8. Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	26
1.3.9. Krizové centrum pro děti a mládež	26
1.3.10. Krizové centrum pro drogově závislé	27
1.3.11. Psychoterapeutické centrum a psychoterapeutické pracoviště	28
1.3.12. Linka bezpečí	28
1.3.13. Salesiánské středisko	30
1.3.14. Domy dětí a mládeže	30
1.3.15. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	31
1.4. Způsoby pomoci dětem v psychosociálních zařízeních	34
1.4.1. Preventivní opatření	34
1.4.2. Krizová intervence	36

1.4.3. Náhradní rodinná péče	41
1.4.4. Individuální terapie	45
1.4.5. Skupinová terapie	46
1.4.6. Rodinná terapie	47
2. Cíle a hypotézy	50
2.1. Cíle práce	50
2.2. Hypotézy	50
3. Metodika	51
3.1. Použité metody	51
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	51
3.3. Vlastní realizace výzkumu	51
4. Výsledky výzkumu	52
4.1. Charakteristika zkoumaného souboru	52
4.2. Vyhodnocení otázek dotazníku	56
4.3. Vyhodnocení řízeného rozhovoru	76
5. Diskuse	77
6. Závěr	83
7. Seznam použitých zdrojů	85
8. Klíčová slova	89
9. Přílohy	90

Úvod

Většina dospělých se shoduje na tom, že dětství je jednou z nejkrásnějších etap v lidském životě. Je to ovšem také období, kdy je jedinec nejvíce důvěřivý, bezbranný, snadno ovlivnitelný a ve velké míře odkázaný na pomoc svého okolí.

Některé děti jsou v průběhu svého života vystaveny vysoké míře různých stresorů či problematických událostí, s nimiž se musí nějakým způsobem vyrovnávat (např. rozpad rodiny, odloučení od rodiny, šikana, násilí apod.). V těchto případech je velmi důležité, aby děti věděly, kam se mohou se svými problémy obrátit a kde jim pomohou.

K tomuto účelu slouží zařízení, která poskytují psychologické a sociální služby dětem a jejich rodinám (tzv. psychosociální zařízení). V Českých Budějovicích jich v současné době existuje téměř patnáct. Odborníci v klinické praxi se však stále setkávají s nedostatečnou mírou informovanosti veřejnosti o těchto službách. Problematické je, že samotné děti, pro něž jsou tato zařízení určena, ve veliké míře neznají jejich účel a často ani samotnou existenci.

K výběru tématu informovanosti dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích mě vedl zájem o danou problematiku. Zároveň bych také chtěla apelovat na veřejnost ke zkvalitnění informovanosti dětí o psychosociálních službách.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat danou problematiku, zjistit míru informovanosti dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích a zjistit množství preventivních aktivit věnovaných danému tématu.

1. Současný stav

Když nějak „trpí“ dospělí, jsou obvykle sami schopni využít sítě podpůrných služeb a vyhledat profesionální pomoc. Na rozdíl od dětí bývají většinou s to dříve či později identifikovat, co vlastně potřebují, rozhodnout se, která z možného spektra nabídek jim bude nejlépe vyhovovat a jak ji využít. Pod tlakem nepříznivých okolností bývají dospělí obvykle ochotni i participovat na hledání cest k řešení, spoludílet se na porozumění problémům a získávání poznatků o sobě (Jedlička a kol., 2004).

Jisté je, že děti a mladiství v obtížných životních situacích nemívají ve valné většině zájem podílet se na těchto procedurách. Nemůžeme předpokládat, že dítě odbornou pomoc uvítá a přijme, protože je nešťastné ze situace, v níž se ocitlo, a chce tudíž změnu. O pomoc se většinou zajímají jiné zúčastněné osoby, obvykle rodina dítěte nebo učitelé (Elliott a kol., 2002).

V případě dětí a dospívající mládeže se jejich individuální potřeby a odborné podpůrné nabídky vzájemně míjejí rovněž proto, že nedovedou či nemohou rozpoznat službu vhodnou a přiměřenou jejich situaci. Mnohdy o možné pomoci vůbec nevědí či o ní mají mylné informace. Převážně ani nechtějí navazovat kontakt (či se přímo vyhýbají zájmu a pozornosti jakýchkoli institucí) kvůli nedobré zkušenosti ze svých dřívějších pokusů nebo ze studu a strachu (svědkové a oběti domácího násilí, děti postižené chronickým zanedbáváním, alkoholismem či závislostí rodičů, nezletilí nucení k prostituci, oběti školního násilí apod.). Mnohočetnost důvodů pro odmítnutí či nevyužívání sítě podpůrných služeb u nezletilých potvrzují zkušenosti pracovníků specializovaných telefonních linek bezpečí. V nejdramatičtějších případech děti pouze trpí, aniž by viděly možnost nepříznivou situaci nějakým způsobem ovlivňovat či dokonce změnit.

Značný vliv na neproduktivní postoje k pomáhajícím institucím má mnohdy to, jakým způsobem bývají služby koncipovány, jak se prezentují a jaké nároky kladou na mladé lidi, hledající psychologickou pomoc a sociální oporu. Rozhodující je i vnitřní atmosféra a fakt, jak bezpečné prostředí jsou pracovníci určité instituce schopni zajistit.

Není to jen možnost anonymity či zřetelné ochrany práv a zájmů nezletilých klientů, ale i zajištění potřebné intimity a důvěrnosti. Mnoho pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků se jistě setkalo s požadavkem „*ať to, co vám teď povím, zůstane jen mezi námi*“, což je nárok, na kterém dospělí už tak často a zřetelně netrvají.

Samozřejmě nelze opominout jeden ze základních zdrojů odmítnutí a vyhýbání se zájmu institucí. Tím je generační antagonismus a neztotožnění se s obecně přijímanými normami většinové společnosti. Negativistický postoj některých dospívajících je vyjádřen životním stylem spojeným s určitou subkulturou či alternativní kulturou mládeže.

Hlavními úskalími výchovné a sociální práce s rizikovou mládeží je tedy otázka prvotního lidského setkání a interakce s těmi, u kterých by pomoc a podpora byla prospěšná (tzv. „*děti s klíčkem na krku*“, děti na útěku, mladistvé prostitutky, závislí, gambleři, členové pouličních gangů apod.). Mnohdy je také složitou otázkou, jaká nabídka může tyto dospívající a předčasně dospělé děti oslovit. Navázání osobního kontaktu je nejen nezbytnou podmínkou, ale samo o sobě i významnou cílovou hodnotou specializované odborné činnosti, která bývá nazývána jako kontaktní práce nebo také jako nízkoprahové organizované působení (Jedlička a kol., 2004). Úspěšná práce s dětmi navíc vyžaduje přímou podporu a pomoc dalších osob – rodičů, učitelů, sociálních pracovníků a vrstevníků (Elliott a kol., 2002).

Především v rodině by mělo dítě nacházet největší oporu. Vždyť i zdravé rodinné fungování je často vymezováno jako schopnost rodiny účinně zvládat náročné či stresové životní události a přizpůsobovat se změnám. S tím těsně souvisí schopnost rodiny adaptovat se při zátěži, hledat a nacházet novou rovnováhu (Sobotková, 2007).

V současné době je však rodina často zakládána výhradně kvůli emočnímu uspokojování dospělých, je málo stabilní a mnoho dětí vyrůstá s jedním rodičem, který na výchovu v některých případech nestačí. Zážitek rozvodu, případně rozchodu rodičů prokazatelně disponuje děti obou pohlaví k těžkostem v psychologickém a sociálním fungování, a to na velmi dlouhou dobu. Některé děti nemají oporu v biologických rodičích vůbec, jsou takzvanými sociálními sirotky; část z nich je vychovávána

v ústavních zařízeních, kde se stávají obětí známých deprivčních vlivů disponujících k sociálnímu selhání (Vrtbovská, 2006).

Ve svém volném čase jsou děti často odděleny od světa svých rodičů a stávají se součástí tzv. vrstevnických skupin. Vytvářejí je mladí lidé blízkého věku a obdobných zájmů, často také téhož pohlaví a sociálního statusu. Příslušnost k takovéto skupině poskytuje zázemí a ochranu, kompenzuje jejich sociální a citovou deprivaci, vytváření sociálních vztahů a pocitu bezpečnosti. Pomáhá překonat sociální izolaci a přispívá k jejich socializaci a k osvojování pozitivních hodnot. V některých případech však působí opačným směrem. Důsledkem se tak stává antisociální a delikventní chování (bandy, gangy). Vliv vrstevnických skupin je prokazatelně větší u dětí, které nemají funkční rodinné zázemí (Hofbauer, 2004).

Nezanedbatelný je i všudypřítomný vliv, který mají na děti a mládež masová média, zejména televizní pořady spojující násilí a zábavu. Vedle prokazatelného vlivu televizního násilí na agresivitu dětí a mládeže ovlivňují dnešní masová média dospívající i propagací idolů, jejichž chování je často za hranicemi normality, někdy i za hranicemi zákona. Vliv problematických vzorů je tím větší, čím menší je vliv rodiny.

Život ve městech, kam se během industrializace přesunula velká část obyvatel venkova, dává mladým lidem mnoho příležitostí k rizikovému trávení volného času (herny, bary, diskotéky). Mladým lidem jsou bez velkých překážek dostupné různé typy návykových látek (Matoušek, 2005).

Dítě se v průběhu svého života může ocitnout v mnoha náročných životních situacích, ve kterých by mohlo potřebovat odbornou pomoc. Nejčastěji to bývají situace jako: narození sourozence, nemoc dítěte, nemoc jiného člena rodiny, odloučení dítěte od rodičů, adopce, umístění dítěte do ústavního zařízení, týrání a zneužívání dítěte, nástup dítěte do výchovně vzdělávacích institucí, rozvod či rozchod rodičů, smrt rodičů nebo jiných blízkých osob, a řada dalších (Špatenková, 2004).

1.1. Děti, které potřebují pomoc psychosociálních zařízení

1.1.1. Ohrožené dítě

Pojem ohrožené dítě v oblasti sociální práce již zdomácněl. Většinou, ale ne vždy, odvozuje svůj význam od donedávna poměrně frekventovaného anglosaského výrazu „child at risk“. V posledních letech – zejména vlivem, terminologie *Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji* z roku 1990 – bývá nahrazován pojmem „děti ve zvlášť obtížných situacích“ (Příloha 2). V paragrafu 22 zmíněné deklarace jsou pak k tomuto pojmu výslovně vztaženi sirotci, děti ulice, děti uprchlíků, přesídlenci, oběti válek a přírodních i lidmi způsobených katastrof, děti migrujících dělníků, nebo děti žijící v jiných sociálně znevýhodněných skupinách, pracující děti, děti a mladí lidé uvězněni v pasti prostituce, pohlavního zneužívání a jiných forem vykořisťování, invalidní děti, adolescentní provinilci, oběti apartheidu a cizí okupace (Matoušek, 2005).

Těmto na první pohled různorodým, dlouhodobě ohrožujícím situacím je společné především to, že se týkají životního stylu jedinců, rodin, sociálních skupin a jejich prostřednictvím také dětí. Dalším důležitým společným znakem je to, že děti si tyto situace nevolí svobodně, ale jsou do nich – většinou nedobrovolně – vrženy a není, až na výjimky, v jejich silách se z těchto podmínek vymanit. Obdobný význam někdy mívají i pojmy „děti v nouzi“ a „děti se zvláštními potřebami“ (Dunovský kol., 1999).

Selhávání rodiny v jejích základních funkcích vystavuje děti situacím, které mohou být nad jejich adaptační možnosti. Toto selhávání je pravděpodobnější v rodinách, kde jeden nebo oba rodiče jsou nezletilí, tam, kde dítě vychovává rodič samotný, v situaci rozvodu, tam, kde je rodič nemocný či závislý na návykových látkách nebo hracích automatech. Osobnostní anomálie rodiče je často spojena se sociálním selháváním dítěte. Rodič se může chovat protispolečensky a také v tomto ohledu může představovat pro dítě vzor. I ekonomické selhávání rodiny, pojící se s nízkou kvalitou bydlení, s nedostatečnou výživou a špatnou hygienou, děti ohrožuje.

Separace od rodičů je jednou z nejběžnějších traumatizujících událostí, s níž se dítě může setkat. U dětí, které prožily rozvod či rozchod rodičů, je až třikrát větší

pravděpodobnost výskytu emočních potíží a problémů s chováním než u běžné populace (Elliott a kol., 2002).

Každý dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení dítě i mladistvého handicapuje, ať k němu zadalo podnět cokoli. Běžná ústavní prostředí deprivují svěřence, pokud jde o psychologické a sociální potřeby. Následky ústavní deprivace jsou zřetelné i u potomků lidí, kteří ústavem v dětství prošli, v takových ukazatelích jako zdravotní stav, úroveň vzdělání, kriminalita a kvalita partnerského života.

Závislost na návykových látkách představuje další závažný problém, zejména, jde-li o alkohol nebo o tzv. tvrdé drogy. Vede k degradaci osobnosti, k přerušení vazeb na blízké lidi a k nenapravitelným škodám na zdraví. Používání alkoholu před dosažením plnoletosti je jistě běžné u mnoha adolescentů, kteří tak rebelují a projevují svoji individualitu. I experimentování s drogami u dětí do patnácti let je stále častějším jevem.

Kriminální chování má u dětí a mládeže nejčastěji povahu majetkové trestné činnosti a jeho typickým znakem je skupinové plánování i provedení. Násilná trestná činnost ohrožuje jak oběť, tak pachatele (reakce oběti může být agresivní). Z hlediska trestní kvalifikace jsou v současnosti v České republice nejčastější delikty mladistvých krádež, poškozování cizí věci, porušování domácí svobody, výtržnictví, loupež a neoprávněné užívání cizí věci (Matoušek, 2005).

Negativní jevy v chování dětí a mládeže mají velké rozpětí co do závažnosti. Na jedné straně je to velmi rozšířené záškoláctví a na druhé straně jsou to již méně rozšířené, ale vysoce závažné případy trestné činnosti. Dalšími častými formami narušeného chování mladistvých, v některých případech i dětí, je prostituce. U všech zmíněných forem poruch dětského chování je dlouhodobě zaznamenáván vyšší relativní výskyt těchto poruch u romské mládeže.

Dalšími závažnými jevy jsou specifické odchylky ve způsobu života: toxikomanie, život v sektách a extrémistických skupinách apod. Těchto skupin v posledních letech přibývá a věnuje se jim rovněž větší pozornost veřejnosti (Dunovský a kol, 1999).

Problém dětí z ulice se u nás v čisté podobě takřka nevyskytuje – spíše než děti ulice představují ohroženou skupinu tzv. „dětí s klíčkem na krku“, které jsou zejména ve velkých městech a na sídlištích vystaveny mnohým ohrožením, počínaje dopravními úrazy a agresivními vrstevnickými partami a dealery drog konče (Dunovský a kol., 1999).

K ohroženým dětem patří i specifická skupina - tzv. „*sociálně ohrožené děti a mládež*“. Obvykle jsou pod tímto pojmem míněni ti, kteří se nezapojují aktivně do činností mládežnických organizací, sportovních oddílů či zájmových kroužků a nijak nerozvíjejí své individuální schopnosti, nekultivují svou fyzickou zdatnost nebo si nerozšiřují žádné žádoucí dovednosti (Jedlička a kol., 2004).

1.1.2. Rizikové dítě

Rizikovými v obecném slova smyslu jsou děti, které se chovají zvláště, mají zvláštní povahu a zvláštní sklony a jimž následkem toho není snadné porozumět. Tyto jejich „zvláštnosti“ mohou být podmíněny organicky, psychicky, společensky nebo výchovně. Jejich společným rysem je to, že na straně vychovatele (někdy i nevychovatele, např. cizího sexuálního agresora) svým způsobem provokují nevhodné, nepřiměřené jednání. Nejčastěji je tomu tak, že chování dítěte nezapadá do představy, kterou daný dospělý o dítěti má. Nezapadá do rozsahu jeho očekávání ani do rozsahu jeho tolerance (Matějček, 2003).

Děti s rizikem tohoto druhu můžeme rozdělit do několika skupin. Jsou to děti, které svými projevy aktivně své dospělé vychovatele vyčerpávají (fyzicky i psychicky), děti jejichž projevy jsou dospělým vychovatelům málo srozumitelné a děti, které nesplňují očekávání svých vychovatelů (Matějček a kol., 1995).

Oběťmi špatného zacházení se pravděpodobněji stanou děti s vrozeným poškozením nebo z různých dalších důvodů zaostávající ve vývoji, a také děti jež se chovají v rozporu s očekáváním rodičů (jsou neklidné, často pláčou, jsou obtížně utišitelné, jsou často nemocné, hubené nebo obézní, koktají, pomočují se v noci, špatně se učí apod.). Nechtěné děti, předčasně narozené děti, děti s příznaky autismu, děti trpící psychickými poruchami – to vše jsou skupiny, u nichž je větší riziko špatného

zacházení. K sexuálnímu zneužívání disponuje pohlaví dítěte, u děvčat je nejméně pětkrát častější než u chlapců (Köhler, 2005).

Děti s tělesným, smyslovým nebo mentálním handicapem jsou vystaveny riziku špatného zacházení ve větší míře než jejich „zdraví“ vrstevníci. Prvním z rizikových faktorů je pro tyto děti jejich naprostá závislost na konání a úmyslech pečovatele. Závislost, která je často celoživotní, se netýká pouze potřeb citových, ale zahrnuje i naplňování tělesných potřeb, které jsou spojeny s přežitím jako takovým. Pokud tuto závislost pečovatel, kterým může být rodič, zdravotník, speciální pedagog nebo vychovatel v ústavu, zneužije, je velmi malá šance, že se o tom někdo dozví. Dítě často nemá přístup k nikomu „nezávislému“, komu by se s ubližováním mohlo svěřit. Prozrazením svého pečovatele by navíc riskovalo, že ztratí jeho péči a budou ohroženy jeho základní životní potřeby. Handicapované dítě je proti špatnému zacházení zcela bezbranné i z důvodu svého tělesného či mentálního omezení.

Kromě tzv. biologických rizikových faktorů je to ještě mnoho jiných okolností, které činí takové dítě zranitelnějším. Například v případě sexuálního zneužití stoupá ohrožení s mírou nepoučenosti a neinformovanosti dítěte o způsobech ochrany před zneužitím. Děti jsou v našich podmínkách navíc tradičně vedeny k tomu, aby dospělého respektovaly a poslechly za každých okolností. Nejohroženější jsou přitom děti, které postrádají zájem a citovou blízkost rodičů (Pöthe, 1999).

V odborné literatuře se pro násilí páchané na dětech ustálilo označení syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – z angličtiny syndrom CAN (Child Abuse and Neglect). Syndrom CAN v sobě zahrnuje: fyzické násilí, psychické násilí, sexuální násilí, zanedbávání a systémové týrání, tzv. druhotné ponižování.

Fyzické násilí je pravděpodobně v rámci syndromu CAN nejpodrobněji prozkoumaný a popsáný jev. Jedná se o všechny akty fyzického násilí na dětech, jehož následkem jsou zranění různé intenzity: modřiny, lysiny po vytrhaných vlasech, řezné, sečné a bodné rány, stopy po opaření horkou vodou, známky pálení (např. cigaretou) a mnohé další (Špatenková, 2004).

Psychické násilí (citové, emocionální týrání) zahrnuje ignorování dětí, jejich izolování, terorizování, neustálé kárání, devalvování, nucení k určitému výkonu, který

překračuje možnosti dítěte apod. K psychickému týrání může docházet ve všech typech rodin, většinou se ale vyskytne tehdy, když jsou rodiče přetíženi svými vlastními zájmy. Často k němu dochází v mladých rodinách, kde se rodiče kolem dvaceti let věku těžko vyrovnávají se svojí situací. V rodinách, kde jsou rodiče vystaveni dlouhodobému materiálnímu i vztahovému tlaku, může být dítě zanedbáváno. Kromě toho, že rodiče nejsou schopni poskytnout dítěti patřičnou péči a výchovu, nemají energii ani chuť rozvíjet schopnosti dítěte při hře a rozhovoru. Stane-li se dítě ohniskem jejich osobních frustrací, ubližují mu třeba tak, že mu vyhrožují odchodem nebo ho neustále kritizují a odmítají. Psychické a emocionální týrání obvykle provází jiné formy zneužívání dítěte, samo o sobě se však velmi obtížně prokazuje (Train, 2001).

Sexuální násilí představuje zneužití fyzické nebo psychické převahy vůči dítěti ze sexuálních důvodů. Rozlišuje se sexuální zneužívání bezdotykové a sexuální zneužívání dotykové. K bezdotykovému sexuálnímu zneužívání patří exhibice před dítětem, vystavení dítěte pornografickým videonahrávkám nebo časopisům, nucení dítěte vysvlékat se a jeho fotografování, obscénní telefonáty aj. Dotykové sexuální zneužívání zahrnuje sexuální hry, ohmatávání a manipulace v oblasti erotogenních zón (genitálie, prsa), pohlavní zneužití, znásilnění, orální sex, anální sex, incest aj.

Pod zanedbáváním se rozumí neuspokojení základních potřeb nezbytných pro normální, zdravý fyzický a psychický vývoj dítěte. Při zanedbávání není dítěti poskytována dostatečná péče v oblasti jeho potřeb, zpravidla se to děje v rodině. Dítě nemá zajištěnou dostatečnou stravu, případně správnou stravu při potřebě diety. Zanedbávání oblékání se projevuje nevhodným oblečením pro příslušnou roční dobu či nesprávnou velikostí oblečení. Můžeme se setkat i se zanedbáváním dozoru či ochrany před rizikovými situacemi, vhodných podmínek bydlení včetně hygieny, lékařské péče – rodiče s dítětem nenavštěvují lékaře v době nemoci nebo nechodí na preventivní prohlídky. V neposlední řadě se jedná o zanedbávání rozvoje dítěte po stránce kognitivní i sociální. U dítěte nejsou rozvíjeny jeho předpoklady, nedostává se mu dostatek informací a vhodných podnětů (Šamalík a kol., 2006).

Systemové týrání (tzv. druhotné ponižování) je týrání působené systémem, který by měl sloužit k pomoci a ochraně dětí a jejich rodin. Formy systémového týrání jsou

například opakovaná nadbytečná lékařská vyšetření, zanedbání či špatná péče v kolektivních zařízeních (mateřská škola, základní škola, dětský domov apod.), ale i rozhodování o osudu dítěte bez dostatečné objektivní informovanosti o situaci, oddělení dítěte od rodiny v případě, kdy to není nevyhnutelně nutné, nevhodné zásahy ze strany soudů či orgánů sociálně-právní ochrany. Do této kategorie se řadí i nadbytečné přetěžování či traumata způsobená dítěti při kontaktu s policejním či soudním systémem (opakované výslechy, devalvace výpovědi dítěte apod.) (Špatenková, 2004).

Jiným zvláštním případem zneužívání je tzv. Münchhausenův syndrom v zastoupení, kdy některý z rodičů (nejčastěji matka) popisuje u dítěte nejrůznější zdravotní obtíže a někdy mu i záměrně ubližuje tak, aby bylo intenzivně léčeno (zřejmě většinou s cílem získat ocenění a uznání za péči o vážně nemocné dítě) (Langmeier a kol., 2000).

Zneužívání a týrání dětí se vyskytuje ve všech společenských vrstvách, i když je vyšší výskyt syndromu CAN běžně spojován s nízkým socioekonomickým statutem rodiny (chudoba, nezaměstnanost) a nízkým stupněm dosaženého vzdělání rodičů (Špatenková, 2004).

Následky špatného zacházení jsou dlouhodobé a ničivé. Závažnost následků závisí na celé řadě faktorů, na vývojové fázi postiženého dítěte (zneužití před 10. rokem věku je závažnější než zneužití později), na způsobu a frekvenci zneužívání, i na tom, zda pachatel byl pro dítě člověkem blízkým (v takovém případě jsou důsledky obvykle vážnější) (Langmeier a kol., 2000).

Opakované agresivní projevy rodiče mohou vést ke vzniku posttraumatického stresového syndromu. Zážitek útoku se dítěti vrací ve formě denních „flashbacků“ a nočních můr. Nálada dítěte je trvale změněná, dítě může být agitované nebo apatické. Tyto děti trpí sníženým sebevědomím, úzkostmi a depresemi, poruchami příjmu potravy, mají horší vztahy k vrstevníkům i k dospělým. Vyskytuje se u nich agresivita obrácená proti vlastní osobě (pokusy o sebevraždu, sebepoškozování, chování s vysokým rizikem zranění nebo smrti, vyhledání situací, v nichž mohou být napadeny) (Matoušek, 2005).

1.1.3. *Role sociálního pracovníka v přístupu k ohroženým a rizikovým dětem*

Posouzení situace ohroženého dítěte je záležitost složitá a náročná. Jedná se o komplexní problematiku, při jejímž řešení se sociální pracovník neobejde bez spolupráce a pomoci dalších odborníků. Dítě, stejně jako dospělý, je biopsychosociální individualitou, a tudíž je třeba posoudit každého jedince a jeho situaci jak z hlediska zdravotního, tak z hlediska psychologického a samozřejmě i sociálního či sociálněprávního. Bez pomoci pediatra, nejlépe pediatra sociálně orientovaného, a dětského psychologa se sociální pracovník při posuzování potřeb a situace ohroženého dítěte neobejde. Mnohdy potřebuje zapojit do posuzování ještě další odborníky – neurologa, dětského psychiatra, speciálního pedagoga, foniatra, logopeda, právníka popřípadě další profese. Sociální pracovník by se měl především ujmout role koordinátora a jeho prvním úkolem by mělo být sestavení týmu potřebného k řešení každého jednotlivého případu.

Na základě vlastního posouzení, posouzení pediatra a posouzení psychologa by měl spolu s nimi stanovit optimální skladbu týmu, naplánovat a organizovat postup vyšetření a koordinovat práci jednotlivých odborníků. Spolu s nimi by měl na závěr stanovit komplexní sociální diagnózu, prognózu, navrhnout postup a alternativu řešení a případné terapie nebo rehabilitace.

Při tomto postupu by měl mít neustále na paměti, že situaci ohroženého dítěte nelze posuzovat jako situaci samotného, izolovaného jedince, ale vždy v rámci jeho „sociálněekologického“ pole. Vždy by měl spolu se svým týmem zkoumat mikrosociální systém dítěte (jeho rodinu, ať už vlastní, biologickou, nebo náhradní, popřípadě jiné významné osoby, k nimž má dítě silný emoční vztah). Stejně tak by měl tým zmapovat mezosociální systém (školu, sousedství, skupinu vrstevníků aj.) a posoudit jeho silné pozitivní stránky – „zdroje podpory a rozvoje“ i stránky slabé, negativní – zdroje ohrožení a újmy. Neměl by opomenout ani makrosystém a všechny jeho zdroje, možnosti, omezení a nabídky standardních řešení (Matoušek a kol., 2003).

Vhodnými nástroji na zmapování rodinné situace dítěte jsou genogram a ekomapa. Jejich konstrukci předchází rozhovor zaměřený mj. na sběr anamnestických dat, rodinnou konstelaci a sociální pole dítěte a jeho primárních vychovatelů.

Genogram je grafickým znázorněním rodinných mezigeneračních vztahů a umožňuje přehledné zachycení i poměrně složitých vztahů, souvislostí a událostí pomocí jednotných symbolů a znaků. Ekomapa pak zachycuje celou sociálně-ekologickou niku dítěte – rodinu a veškeré k ní vztažené ekosystémy, ať už aktuálně, či zatím pouze potencionálně disponibilní (Matoušek a kol., 2003).

1.2. Děti staršího školního věku

1.2.1. Psychologická charakteristika dětí 2. stupně základních škol

Práce se opírá o výzkum dětí v této věkové kategorii. Starší školní věk zabírá léta přibližně od 11 do 15, což je druhý stupeň základní školy. Je to období vymezené mezi dvě velké vývojové epochy, jimiž je střední školní věk a adolescence (Matějček, 2003).

Toto období je označováno jako pubescence. Dochází v něm ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Nejvýraznější je tělesné dospívání spojené s pohlavním dozríváním (Vágnerová, 2000).

Dospívání je nesporně nejen důležitým, ale i také subjektivně velmi zajímavým obdobím života. Někteří lidé mají dojem, že právě tehdy začínají žít „naplno“ či „doopravdy“. Vynořuje se zde nová kvalita sebeuvědomování – mladý člověk si zřetelně uvědomuje, jak intenzivně prožívá, jak myslí a jak komunikuje s druhými lidmi. Je si vědom svých emocionálních prožitků, svých potřeb a přání (Macek, 2003).

V rámci celkového vývoje dochází i ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, např. o různých alternativách, které zatím reálně nenastaly. Pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodiče, značný význam pro něho mají vrstevníci, s nimiž se ve větší míře než dříve ztotožňuje (Vágnerová, 2000).

Vrstevnická skupina, v níž dospívající zpravidla tráví více volného času, bývá rodiči často interpretována jako negativní výchovný činitel a skutečně může určitého rozkolísaného mladého jedince svést někdy na scestí asociálního vývoje. To platí

zejména tam, kde již byl předchozí vývin morálních hodnot a způsobů chování narušen v rámci vztahové sítě uvnitř rodiny (Jedlička a kol, 2004).

Významným projevem dospívání je tělesná proměna. Vlastní zevnějšek je důležitou součástí identity, a proto bývá taková změna subjektivně citlivě prožívána. Zásadní a zjevná proměna těla může dokonce v krajním případě stimulovat pocit ohrožení integrity vlastního já a prakticky vždycky vede ke ztrátě sebejistoty.

Tělesná proměna může mít subjektivně různý význam, který závisí na představě o atraktivitě dospělejšího zevnějšku, na psychické vyspělosti jedince a na sociálních reakcích, jež tuto změnu doprovázejí. Pubescent může být na svoje dospívání pyšný, ale stejně tak dobře se za ně může i stydět, záleží na okolnostech.

Změna dětského těla je zcela samozřejmě doprovázena změnou chování lidí, s nimiž je pubescent v kontaktu. Reakce dospělých i vrstevníků mohou být velmi rozmanité podle toho, jaký subjektivní význam pro ně tato změna má a jaké asociace navozuje. Sociální reakce na nový zevnějšek pubescenta se do jeho identity zcela logicky také nějak zabudovává. Jestliže z chování lidí, s nimiž se setkává, vyplývá, že změna má spíše negativní význam, zhorší se i jeho sebehodnocení.

Tělesné a psychické dospívání nemusí probíhat ve stejném tempu. Pokud je tělesné zrání rychlejší než psychické, duševně infantilní jedinec není vždycky přijatelným způsobem je zvládnout. Tělesné změny za těchto okolností představují soubor negativních podnětů, něco, čeho by bylo lépe se zbavit nebo to alespoň zabrzdit. Dospívající, jemuž je tělesná změna nepřijemná, se této zátěži různým způsobem brání.

Subjektivní význam zevnějšku v období dospívání vzrůstá. Projevuje se nejenom větším zaměřením pozornosti na vlastní tělo, ale i na oblečení a na celkovou úpravu. I tato složka je součástí identity dospívajícího. Důvodem zvýšeného zájmu o vlastní tělo je především jeho viditelná proměna, která pozornost přitahuje, ale i stoupající sociální význam určité úpravy zevnějšku. Někdy až nesmyslné lpění na detailu a intenzita odmítání subjektivně neakceptovatelného oblečení svědčí o jeho významu pro sebepojetí dospívajícího.

V období pubescence se mění i citové prožívání, dospívající bývají emočně labilnější. Citové reakce pubescentů se mnohdy jeví jako méně přiměřené situaci.

Dospívající se stávají introvertnějšími. Mění se i jejich sebehodnocení, bývají zranitelnější a vztahovačtější. Emoční nevyrovnanost je primárně důsledkem hormonálních změn, sekundárně k ní mohou přispívat i změny v oblasti psychiky a v mezilidských vztazích.

Socializační rozvoj pubescenta je ovlivněn jeho novými kompetencemi, které se projeví i ve způsobu zpracování různých sociálních vlivů. V průběhu dospívání se mění názor na jiné lidi. Proměnou procházejí i sociální role pubescenta – dospívající odmítá podřízenou roli. Komunikace dospívajících s dospělými je touto potřebou ovlivněna také. Mění se vztah ke škole, dobrý prospěch přestává být cílem a stává se prostředkem. Dochází ke stabilizaci individuální normy, která určuje i míru snahy pubescenta. Mění se vztah k učiteli, už není přijímán automaticky jako formálně daná autorita, ale jen tehdy, pokud pubescentům nějakým způsobem imponuje.

Jednou z vývojových potřeb pubescenta je odpoutání se od rodiny. Emancipace od rodiny nevede ke zrušení citové vazby k rodičům, ale k její proměně. Dítě už nechce být jako rodiče, snaží se od nich nějak odlišit. Potřebu odlišení posiluje pocit, že rodiče nejsou tak moudří a všemocní, jakými se zdáli být. Pubescent odmítá formální rodičovskou autoritu, je k rodičům kritický.

Vrstevnická skupina slouží pubescentům jako opora. Skupinová identita představuje přechodnou fázi v rozvoji individuální identity. Dospívající si určují generační standardy norem, jejichž dodržování striktně vyžadují. Vrstevníci se stávají neformálními autoritami, které mají značný vliv. Potřeba přátelství se zvyšuje, důležité jsou i první lásky (Vágnerová, 2000).

Pubescence je ovšem také období, kdy se děti spolu srovnávají, soutěží a při opakované negativní zkušenosti s druhými dětmi u nich mohou vzniknout pocity méněcennosti. Takové zkreslené a negativní sebehodnocení děvčata i chlapci velmi bolestně prožívají a může to trvale ovlivnit celý jejich další osobnostní vývoj (Vymětal, 2004).

1.3. Instituce a služby zabývající se ohroženými a rizikovými dětmi a mládeží

(Psychosociální zařízení pro děti)

Síť psychosociálních pracovišť je velmi rozsáhlá. Pro zpřehlednění se někdy používá členění služeb podle resortů na oblast sociální, zdravotnickou a školskou.

Oblast sociální zahrnují odbory sociálních věcí a zdravotnictví (orgány sociálně-právní ochrany dětí – kurátor pro mládež), poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, poradny pro náhradní a rodinnou péči, sociálně-právní poradny, domovy pro matky s dětmi, linky důvěry, krizová centra, SOS vesničky, občanské poradny, uprchlické tábory, komunitní centra apod.

Oblast zdravotnická zahrnuje regionální zdravotnická zařízení – nemocnice, kojenecké ústavy, stacionáře, psychoterapeutická pracoviště, některá krizová centra, linky důvěry, některá zařízení pro drogově závislé, poradny pro HIV, atp.

Oblast školská zahrnuje pedagogicko-psychologické poradny, odbory školství, školní inspekce, výchovné poradce, střediska výchovné péče, dětské domovy, volnočasové aktivity dětí a mládeže: domy dětí a mládeže, zájmové skupiny a další (Vodáčková a kol, 2002) .

1.3.1. Orgány sociálně právní ochrany dětí

Stát chrání děti a jejich zájmy prostřednictvím sociálněprávní ochrany dětí, která působí na magistrátech měst a na každém obecním úřadě obce s rozšířenou působností. Tato povinnost je dána zákonem číslo 359/1990 Sb. o sociálně právní ochraně dětí. Sociálněprávní ochranou dětí se rozumí zejména ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění a působení směrem k obnovení narušených funkcí rodiny. Předním hlediskem sociálně právní ochrany je zájem a blaho dítěte (Květenská, Šanderová, 2007).

1.3.2. Kurátor pro mládež

Kurátor pro mládež je státní úředník (v oddělení sociálně právní ochrany dětí), jehož úkolem je zabývat se dětmi z nefunkčních rodin, dětmi, které vedou zahálčivý či nemravný život, dětmi zanedbávajícími školní docházku, používajícím alkohol nebo

jiné návykové látky, dětmi živícími se prostitucí, dětmi, jež spáchaly před dovršením 15 let čin jinak trestný, dětmi utíkajícími z domova, i dětmi, na nichž byl spáchán trestný čin. Kurátor pro mládež má poskytovat pomoc při překonávání nepříznivých sociálních podmínek a výchovných vlivů s cílem umožnit dítěti začlenění do společnosti. Zákon kurátorovi ukládá sledovat, jak tyto děti využívají volný čas, s kým se stýkají, sledovat u nich projevy nesnášenlivosti a násilí. Má jim nabízet kvalitní volnočasové programy, má spolupracovat se školami a dalšími subjekty, které s dětmi pracují, má bránit pronikání nepříznivých vlivů na děti jimi dosud nezasazené, má věnovat zvláštní pozornost na děti z rodin s nízkou sociální úrovní apod. Kromě toho se účastní trestních řízení vedených proti mladistvým, má spolupracovat s věznicemi při řešení sociálních problémů mladistvých. Má být v osobním styku s dítětem a osobami odpovědnými za jeho výchovu a má pokud možno řešit problémy dítěte v prostředí, kde vznikly (Matoušek, 2005).

1.3.3. Diagnostický ústav

Diagnostický ústav je vstupní diagnostické zařízení, kterým prochází každý jedinec, má-li být umístěn v kolektivní péči v rámci výkonu ústavní nebo ochranné výchovy. Pouze v odůvodněných případech může být dítě umístěno do kolektivního zařízení bez předchozího diagnostického pobytu (dětí bez poruch chování, dětí po ukončení pobytu v kojeneckém ústavu apod.). Do diagnostického ústavu jsou přijímáni jedinci na základě žádosti rodičů nebo zákonných zástupců (tedy na dobrovolný pobyt) nebo na základě rozhodnutí soudu.

Diagnostické ústavy vyšetřují děti a mládež z určité spádové oblasti. Na základě výsledků komplexního vyšetření, které trvá zpravidla 8 týdnů, jsou pak děti rozmisťovány do příslušných zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (Vítková a kol, 2004).

Cílem pobytu v diagnostickém ústavu je ucelená psychodiagnostika, tedy zmapování silných a slabých stránek povahy dítěte. Součástí komplexní diagnostické zprávy je návrh na specifický rozvoj osobnosti dítěte z výchovného a vzdělávacího hlediska (Květenská, Šanderová, 2007).

Diagnostické ústavy plní podle zákona následující úkoly: diagnostické, spočívající ve vyšetření úrovně dítěte formou pedagogických a psychologických činností; vzdělávací, jejichž rámci se zjišťuje úroveň dosažených znalostí a dovedností; terapeutické, které prostřednictvím pedagogických a psychologických činností směřují k nápravě poruch v sociálních vztazích a v chování dítěte; výchovné a sociální vztahující se k osobnosti dítěte, k jeho rodinné situaci a nezbytné sociálně právní ochraně .

Základní organizační jednotkou v diagnostickém ústavu je výchovná skupina, kterou tvoří nejméně 4, nejvíce 6 dětí. Pro účely komplexního vyšetření jsou v diagnostickém ústavu zřizovány nejméně tři výchovné skupiny. Pro děti, které plní povinnou školní docházku, jsou v diagnostickém ústavu zřizovány třídy se vzdělávacím programem základní, zvláštní nebo pomocné školy. Pro mládež, která již ukončila povinnou školní docházku, se v diagnostickém ústavu zřizuje diagnostická třída, v níž je zajišťována příprava na budoucí povolání. Všechny třídy se naplňují do 8 dětí.

V praxi se diagnostické ústavy nejčastěji dělí podle věku na dětský diagnostický ústav (většinou koedukované zařízení) a diagnostický ústav pro mládež (jako nekoedukované zařízení) (Vítková a kol, 2004).

1.3.4. Dětský domov

Dětský domov patří do systému školských zařízení pro výkon ústavní výchovy. Dětský domov je koedukované zařízení a zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají závažné poruchy chování, zpravidla ve věku od 3 do 18 let, v odůvodněných případech do ukončení přípravy na povolání, nejdéle však do 26 let. Do dětského domova mohou být přijímány nezletilé matky spolu se svým dítětem.

Dětský domov plní ve vztahu k dětem zejména úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Jedná-li se o dítě zdravotně či mentálně postižené, zajistí mu dětský domov vhodné podmínky úpravou denního režimu a vybavenosti zařízení, a dále odpovídající vzdělávací, terapeutický a sociálně rehabilitační program.

Základní organizační jednotkou domova je rodinná skupina, kterou tvoří 6 až 8 dětí, přičemž v dětském domově lze zřídit nejméně 2 a více rodinných skupin. Sourozenci se zde zařazují do stejné skupiny. Děti navštěvují běžnou školu mimo domov.

Pobyt dítěte v dětském domově může být ukončen soudním rozhodnutím o zrušení ústavní výchovy, dosažením zletilosti nebo přemístěním do jiného typu zařízení (Vítková a kol, 2004).

1.3.5. Dětský domov se školou

Dětský domov se školou je určen pro výkon ústavní výchovy, výjimečně ochranné výchovy. Může být koedukovaný. Účelem dětského domova se školou je zajišťovat komplexní péči o děti zpravidla ve věku od 6 let do ukončení povinné školní docházky, mají-li závažné poruchy chování, nebo které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují léčebně-výchovnou péči. Zároveň jsou zde umisťovány matky s dětmi, které vzhledem ke svému chování nesplňují podmínky přijetí do dětského domova.

Základní organizační jednotkou je stejně jako v běžném dětském domově rodinná skupina, kterou však tvoří nejméně 5, nejvíce 8 dětí. V dětském domově se školou lze zřídit nejméně 2 a nejvíce 6 rodinných skupin.

Součástí dětského domova je v tomto případě škola, v níž se zřizují třídy s maximálním počtem 8 žáků. Dětem je poskytováno vzdělávání v rozsahu programů základní školy, zvláštní školy, výjimečně pomocné školy. Nemůže-li se dítě po ukončení povinné školní docházky pro pokračující poruchy chování vzdělávat ve střední škole mimo zařízení a nebo není-li zrušena ústavní výchova, je přeřazeno do výchovného ústavu (Vítková a kol., 2004).

1.3.6. Pedagogicko-psychologická poradna

Pedagogicko-psychologické poradny jsou školská zařízení, která poskytují služby výchovného poradenství pro děti a jejich rodiče, diagnostické poradenství při školních obtížích a specifických vývojových poruchách čtení, psaní, učení a chování, poradenství při volbě povolání a odborná vyšetření – např. návrh na odklad školní docházky. Pracují zde psychologové, speciální pedagogové, metodik prevence, sociální pracovníci a někde jsou i sociální pedagogové (Příloha 3).

Pedagogicko-psychologické poradny jsou široce zaměřeny na problematiku dětí a mládeže od tří let přes žáky základních škol až po studenty středních škol včetně vyšších odborných škol. Problematika práce je velmi rozsáhlá, patří sem oblast problémů výchovných až po obtíže ve vzdělávání či ve vyučovacím procesu. Zjišťuje se zde pedagogicko-psychologická připravenost žáků na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků. Dále jsou zde poskytovány poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v sociálním a osobním vývoji. Prostřednictvím metodika prevence zajišťují pedagogicko-psychologické poradny prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence (Šamalík a kol., 2006).

1.3.7. Středisko výchovné péče

Stát po roce 1990 zřídil síť středisek výchovné péče, která nabízejí ambulantní programy pro rizikovou mládež a rodiny těchto mladých lidí. Několik středisek má i pobytová oddělení, přičemž pobyty zde trvají přibližně 6 až 8 týdnů (Matoušek, 2005).

Střediska výchovné péče nabízejí bezpečný prostor pro hledání řešení problémů se sebou, v rodině, se školou, s drogou atd. Pomoc bývá jak individuální, tak formou skupinových setkání s vrstevníky.

Střediska výchovné péče jsou součástí diagnostických ústavů. Personál a styl práce středisek jsou tedy úzce propojeny (Květenská, Šanderová, 2007) (Příloha 4).

1.3.8. Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Tento typ poradny se také nachází v každém regionu. Klientem se může stát člověk v každém věku, pokud má problémy s nějakým typem vztahu – může jít o rodinné vztahy – dítě s rodiči, rodiče s dítětem; o vztahy mezi generacemi – děti, rodiče, prarodiče. Jedná se tedy o vztahy milenecké, partnerské, manželské, generační. Do tohoto typu poradny může jít člověk sám nebo s partnerem či členem rodiny, kterého se problém týká. Také může přijít celá rodina (Květenská, Šanderová, 2007).

Pracovníci těchto poraden jsou odborní manželští a rodinní poradci, většinou psychologové a sociální pracovníci, někdy jako externisté právníci, psychiatři a sexuologové (Příloha 5) (Vodáčková a kol., 2002).

1.3.9. Krizové centrum pro děti a mládež

Krizové centrum pro děti a mládež je zařízení s nepřetržitým provozem, disponující také nepřetržitou službou okamžité telefonické pomoci a nabízející možnost azylového ubytování ohroženým dětem a mládeži. Jedná se o zařízení, které poskytuje sociálně právní ochranu, poradenství a terapii dětem a mládeži, které nemají uspokojeny své základní životní potřeby, jsou duševně, tělesně a fyzicky týrané, sexuálně zneužívané, zanedbávané, potřebují psychologickou, lékařskou a právní pomoc.

Většina takovýchto organizací má pověření pro výkon sociálně-právní ochrany dětí a to v tomto rozsahu: zřizování a provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, vyhledávání dětí, na které se sociálně-právní ochrana zaměřuje, pomoc rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě, zřizování a provoz zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zřizování a provoz zařízení sociálně-výchovné činnosti a pořádání poradenské činnosti.

Krizová telefonní linka slouží zejména těm, kteří si přejí zůstat v naprosté anonymitě, většina případů má přímou souvislost se syndromem týraného dítěte. Velká část volajících si také touto cestou sjednává osobní konzultace a žádá dlouhodobé terapie.

Osobní krizová pomoc usiluje o to, aby děti v osobní akutní krizi pocítily úlevu, získaly naději a odvalu ke zvládnutí bezprostřední budoucnosti. Cílem je poskytnout

dítěti bezpečí, podporu a pomoc při návratu na předkrizovou úroveň. Na krizovou osobní pomoc navazuje většinou poradenství a terapie.

Krizová lůžka azylového ubytování umožňují dítěti se v tísnivé situaci do zařízení uchýlit do té doby, než budou učiněna vhodná opatření, než budou vyřízeny jeho další výchovné podmínky, ať ve vlastní rodině nebo mimo ni. Jsou k dispozici pro případ, kdy se dítě z mimořádných důvodů ocitne bez střechy nad hlavou a je třeba ho krátkodobě ubytovat.

V krizovém centru se o děti a mládež starají psychologové, terapeuti, speciální pedagog, sociální pracovníci, vychovatelé a psychiatr (Příloha 6) (Květenská, Šanderová, 2007).

1.3.10. Kontaktní centrum pro drogově závislé (K – centrum)

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek (z.č.108/2006 Sb.).

Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce. Poskytované služby klientům jsou různé, nejčastěji jsou to kontaktní práce s klientem, výměnný program injekčních stříkaček a jehel, základní zdravotní servis, pracovní programy, odborné služby – sociální práce, krizová intervence, poradenství pro uživatele drog i pro osoby, které s nimi přicházejí do styku, poradenská linka – telefonické poradenství.

V K-centrech pracují sociální pracovníci, sociální pedagogové, terénní pracovníci a psychoterapeuté. Věnují se také motivačnímu tréninku a poradenství, zaměřenému k léčbě a abstinenci. Pomoc a podporu zde najdou i rodiče dětí a mladých lidí ohrožených drogou (Vodáčková a kol., 2002).

1.3.11. Psychoterapeutické centrum a psychoterapeutické pracoviště

Psychoterapeutické centrum bývá zpravidla určeno klientům určité věkové skupiny. Například dětem nebo dospívajícím či dospělým. Do takového centra je možné přijít třeba na doporučení pracovníka linky důvěry nebo krizového centra, ale je možné také přijít dle vlastní úvahy. Důvodem k návštěvě může být takový osobní nebo rodinný problém, který přesahuje možnosti řešení daného jedince a je doprovázen nepříjemnými pocity – úzkostí, strachem, depresemi, pocity viny, smutkem, který nemůže odejít, obavami o zdraví, pocity odlišnosti, ztráty smyslu života apod.

Pokud se jedinec rozhodne k první návštěvě, pracovník centra, zpravidla psycholog nebo psychiatr, se s ním sejde, aby spolu zmapovali danou situaci. V případě, že jedinec bude chtít a jeho typ problému to bude vyžadovat, nabídne mu pracovník psychoterapeutického centra určitou formu kontaktu, například sérii individuálních návštěv v psychoterapeutickém centru nebo psychoterapeutickou skupinu (Květenská, Šanderová, 2007).

1.3.12. Linka bezpečí

Linka bezpečí je pracoviště, které je možné kontaktovat prostřednictvím telefonu. Bývá buď součástí krizového nebo psychoterapeutického centra či poradny, nebo je to samostatné pracoviště (Květenská, Šanderová, 2007).

První linka důvěry v naší zemi byla založena v roce 1964 na Psychiatrické klinice FVL UK tehdejším primářem kliniky Miroslavem Plzákem. Do roku 1989 fungovalo v ČSSR 12 linek důvěry. Všechna pracoviště linek důvěry byla zdravotnická. Tomu také odpovídal výběr pracovníků omezený výhradně na odborné pracovníky ve zdravotnictví. Lékaře, psychology, sociální pracovníky a střední zdravotnické pracovníky s malými výjimkami speciálních pedagogů a někde právníků. Tím dostaly linky důvěry v této době určitý ráz a zaměření, které se více přibližovalo medicínskému přístupu. Přesto právě v této době sehrály linky důvěry obrovský význam v nabídce anonymního a nevázaného kontaktu pro klienty nejen v prevenci sebevražd, ale v řešení

řady problému, s nimiž se obtížně vycházelo z anonymity. V letech následujících po sametové revoluci zaznamenaly linky důvěry mohutnou vlnu svého rozvoje a vykročily ze zdravotnictví k dalším rezortům. První nezdravotnickou linkou se stala v roce 1992 Linka důvěry v Liberci. Od roku 1993 do roku 1999 vzrostl počet linek důvěry více než třikrát. Podíl nestátních linek důvěry na tomto počtu se zvýšil z 20% na 46%. Od roku 1999 se rozvoj pracovišť linek důvěry již poměrně stabilizoval (Vodáčková a kol., 2002).

Na lince důvěry pracují v současné době krizoví interventi, kteří jsou buď profesionálové nebo laici, to znamená, že telefonicky je možné hovořit s psychologem, lékařem, sociálním pracovníkem nebo zdravotní sestrou, nebo i jinými profesionály s podobným odborným zaměřením, nebo s vyškoleným laikem, který prošel důkladnou přípravou pro práci na lince důvěry.

Na linku důvěry je možné se obrátit s jakýmkoli problémem. Terapeut na lince s klientem hovoří, aniž by se musel představit a říci svoji adresu. Záleží jen na klientovi, zda bude chtít své jméno uvést. Rozhovor probíhá zcela dle potřeb klienta.

Většina linek důvěry má nepřetržitou službu nebo má provoz do pozdních večerních hodin. Jestliže se klient ocitne v těžké naléhavé situaci, v níž může například cítit neúnosný strach, úzkost, depresivní pocity nebo sebevražedné nutkání, může zavolat právě v tu chvíli a nemusí hledání pomoci odkládat (Květenská, Šanderová, 2007).

Hovor s dětmi má svoje určitá specifika. Jsou dána věkem, životními zkušenostmi dítěte a také tím, že dítě za sebe neneso právní zodpovědnost. Dítě považuje často pracovníka linky důvěry za autoritu. Někdy žádá jednoznačnou radu, jindy se chce jen svěřit. Děti se často vyjadřují lépe tělem – pohybem a svým jednáním – než slovem. Proto může být pro ně obtížné hovor začít nebo vyjádřit to, co skutečně chtějí. Každý telefon dítěte je však třeba brát vážně (Příloha 7) (Vodáčková a kol., 2002).

1.3.13. Salesiánská střediska

Salesiánská střediska vycházejí z principů zakladatele kongregace salesiánů, italského kněze Dona Bosca. G. Bosco vycházel z důvěry k dítěti a odmítal represivní přístupy vůči nim. Působil mezi opuštěnou proletářskou mládeží Turína (v nemocnicích, věznicích, charitativních zařízeních), zakládal řemeslnické dílny pro mladé chlapce a vytvářel příznivé podmínky pro pracující mládež. Kongregace dnes pečuje o vzdělávání, tělesný rozvoj i duchovní život mládeže ve volném čase a k tomu účelu zřizuje střediska mládeže (Hofbauer, 2004).

Vedle možností sportování nabízejí střediska vzdělávací programy (cizí jazyky, počítače, křesťanská věrouka apod.) i terapeutické programy pro děti a rodiny, které se dostaly do těžko řešitelných problémů. Terapeutické programy zajišťují odborníci, mezi nimiž jsou i sociální pracovníci (Matoušek, 2005).

Salesiánská střediska umožňují otevřenost širokému spektru mladých lidí bez ohledu na jejich postoj k církvi. Podmínkou je ochota prožívat zde své volné chvíle společně s ostatními, respektovat společný program a stanovená pravidla.

Každodenní provoz směřuje k tomu, aby mladí lidé měli možnost přicházet denně a aby byl stále k dispozici někdo, kdo by se jim mohl věnovat.

Výchova salesiánů je založena na vztazích mezi vychovatelem a mladým člověkem. Vychovatel motivuje mladé k činnosti a tím předchází nežádoucím iniciativám. Je přítomen uprostřed každé skupiny mládeže jako jejich přítel, který spolu s nimi pracuje a účastní se jejich zábavy (Příloha 8) (Květenská, Šanderová, 2007).

1.3.14. Domy dětí a mládeže

Domy dětí a mládeže se staly nejrozšířenějším, vnitřně strukturovaným zařízením volného času dětí a mládeže v evropských zemích. Jejich základní pojetí vykristalizovalo ve druhé polovině 20. století a vyznačuje se zásadně dobrovolnou účastí v členité paletě zájmových činností, všestranností obsahu a různorodostí metod, značným a trvale rostoucím dosahem působení, rozšiřujícím se okruhem účastnických skupin, rozvojem celostátních sítí zařízení i aktivit. Domy dětí a mládeže mají nezastupitelnou úlohu zvláště při objevování a rozvoji zájmů a nadání, v celoroční

činnosti včetně školních prázdnin i v možnosti působit mezi různými sociálními a zájmovými skupinami mladé generace.

Domy dětí a mládeže navazují na působení rodiny, vyučovací i mimovyučovací činnost školy a spolupracují s dalšími oblastmi volného času dětí a mládeže, zvláště s dobrovolnými sdruženími a zařízeními kultury a sportu. Jejich gestory jsou státní (především školské) orgány a obce, sdružení dětí, mládeže a dospělých, církve nebo komerční instituce (Příloha 9) (Hofbauer, 2004).

1.3.15. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně (z.č. 108/2006 Sb.).

Služba je určena mládeži a dětem, které se ocitly v obtížné životní situaci nebo jsou jí ohroženy a které nevyhledávají standardní formy institucionalizované pomoci a péče.

Jde o navazování kontaktu, poskytování informací, odbornou pomoc, podporu a vytváření podmínek pro sociální začlenění a pozitivní změnu ve způsobu života. Jedná se stacionární formu sociální služby nízkoprahového charakteru.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež realizují službu tak, aby byla umožněna maximální přístupnost, tedy ve snaze odstranit časové, prostorové, psychologické a finanční bariéry, které by bránily cílové skupině vyhledat prostory, zařízení či využít nabídky poskytovaných služeb.

Zařízení vytváří prostředí, které je svým charakterem a umístěním blízké přirozenému prostředí cílové skupiny. Klient má možnost zůstat v anonymitě. Jakákoliv dokumentace obsahující osobní údaje klienta musí být vedena s klientovým souhlasem a s právem do ní nahlížet. Zařízení získává jen ty údaje klienta, které jsou stanoveny jako nezbytné pro poskytování odborných a kvalitních služeb.

Pro užívání služby není podmínkou členství ani jiná forma registrace. Pravidelná docházka do zařízení není podmínkou užívání služby. Klienti mohou přicházet a odcházet v rámci otevírací doby zařízení podle svého uvážení. Klient není povinen se zapojit do připravených činností. Služby sociálního charakteru jsou zde poskytovány bezplatně.

Cílovou skupinou nízkoprahových zařízení jsou děti a mládež, které zažívají nepříznivé sociální situace jako jsou konfliktní společenské situace, obtížné životní události nebo omezující životní podmínky. Vztahují se k nim také další charakteristiky:

- nemohou nebo nechtějí se zapojit do standardních volnočasových aktivit
- vyhýbají se standardním formám institucionalizované pomoci a péče
- dávají přednost pasivnímu trávení volného času
- dávají přednost trávení volného času mimo domov
- mají vyhraněný životní styl (Česká asociace Streetwork, 2006).

Nízkoprahově organizované služby zahrnují dosti široký rejstřík metod, přístupů a strategií. Nejznámější jsou ve formě terénní práce – streetworku, která působí přímo v prostředí, v němž se nacházejí cílové skupiny. Běžná jsou kontaktní centra pracující především s drogově závislými či mladými prostitutky. Do povědomí laické i odborné veřejnosti také vstoupila preventivně orientovaná nízkoprahová volnočasová zařízení či komunitní centra pracující s neorganizovanou mládeží například ve velkoměstských sídlištích, v lokalitách s vysokou nezaměstnaností či v oblastech, kde se koncentruje romské etnikum.

Nízkoprahově organizované služby jsou mimo jiné také způsobem, jak zprostředkovat různým rizikovým a ohroženým mladým jedincům a skupinám zážitek a zkušenost, že odborná pomoc dospělých a jejich zájem na změně nežádoucího chování nemusí být vždy pouze omezujícím, dozorujícím a normativním přístupem.

Klíčové postavení mají v nízkoprahových zařízeních výchovné, vzdělávací a aktivizační služby. Obvykle jsou charakterizovány jako činnosti směřující k aktivizaci životního způsobu, rozšíření vědomostí, dovedností a návyků klientů, které vedou ke změnám v rizikových způsobech, jimiž lidé uspokojují své potřeby a jimiž dosahují svého cíle.

Dalším podstatným úkolem nízkoprahových zařízení je pomoc při prosazování práv a oprávněných zájmů svých klientů. Obvykle jsou to intervence ve prospěch a na ochranu jednotlivců. Může to být smířčí jednání umožňující dítěti nebo mladistvému vyřešit nějaký konflikt nebo zvládnout situaci a zůstat či vrátit se do školy nebo i do vlastní rodiny.

Pomoc při prosazování zájmů a práv se týká nejen jednotlivců, ale i sociálních skupin. Častou aktivitou terénních pracovníků je podpora možností k hodnotnému trávení volného času. Mohou například pomáhat při vybudování hřišť, zřízení U-rampy pro skateboard nebo podněcovat potřebu dospívajících věnovat se aktivněji sportovním činnostem, které je zaujmou. Terénní pracovník zde nejdříve působí jako moderátor diskuse uvnitř skupiny (facilitátor) a pak jako zprostředkující jednatel (mediátor) při rozhovoru s úřady nebo majiteli pozemku. Ze sociálně pedagogického pohledu je mnohem významnější proces celého dojednávání za spoluúčasti a aktivity členů cílových skupin než samotná existence hřiště či sportovního zařízení.

Další výraznou činností těchto zařízení jsou poradenské služby směřující zejména k poskytování informací o různých způsobech a možnostech řešení svízelných sociálních poměrů. Věcné rozhovory o nastalých těžkostech přispívají ke zklidnění a stabilizaci v obtížné životní situaci. Dospívající se pak snáze rozhodne, které kroky podnikne, které ne - a jaké to ponese další důsledky.

Tyto naznačené formy pomoci, podpory a intervencí se vzájemně prolínají a jejich obsah se vyvíjí a upřesňuje přiměřeně s rozvíjením kontaktu. Škála nabídek se rozšiřuje s množstvím interakcí, s růstem důvěry a zejména v závislosti na volbě a obsahu kontraktu pomáhajícího pracovníka s konkrétním klientem (Příloha 10) (Jedlička a kol., 2004).

1.4. Způsoby pomoci dětem v psychosociálních zařízeních

1.4.1 Preventivní opatření

Prevence ubližování dětem by měla být přirozenou součástí systému na ochranu dětí v každé společnosti. Zahrnuje několik oblastí, které se dotýkají mentálního a tělesného zdraví dítěte, rodiče, jejich vzájemného vztahu, vztahu rodičů, podmínek v užším a širším společenství, stavu společnosti a v dnešním globalizujícím se světě i rámce celého lidského společenství. Cílem prevence je na těchto úrovních předejít vzniku traumatizace dítěte, zabránit jejímu pokračování a zabránit rozvoji dlouhodobých zdravotních, sociálních a psychologických následků na zdraví dítěte. Podle těchto cílů se prevence může rozdělit na primární, sekundární a terciární (Pöthe, 1999).

Primární prevence podle definice Světové zdravotnické organizace znamená počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost, aby se mohl rozvinout (Matějček a kol., 1995).

Sekundární prevencí se rozumí působení na ty, u nichž je možné usuzovat na zvýšené riziko špatného zacházení s dětmi.

Preventivní programy mohou teoreticky mířit na všechny hlavní faktory, o nichž soudobé teorie předpokládají, že determinují špatné zacházení s dětmi. Těmi jsou : osobnostní „výbava“ rodičů, výchovné strategie rodičů, ekonomické a materiální podmínky života rodiny, podpůrné sítě rodiny, dostupnost zdravotnických a sociálních služeb.

Cílovou skupinou preventivních programů mohou být nejen rodiče, ale i učitelé, lékaři, sociální pracovníci a další profesionálové, kteří se mohou dostat do kontaktu s rodinou, v níž by mohlo dojít k ohrožení dítěte. Ti by měli umět rozpoznat příznaky rodinné dysfunkce a navrhnout vhodný postup. Cílovou skupinou mohou být také děti, které by měly vědět, kde je hranice mezi vhodným a nevhodným chováním rodičů, a měly by být poučeny o tom, co dělat, když rodič tuto hranici překračuje. Vhodným prostředím pro takové programy je škola. Konečně může prevence mířit i na širokou veřejnost, která by měla být upozorňována na fakt, že ke špatnému zacházení s dětmi

dochází ve velkém rozsahu, i na možnost kvalifikované pomoci dětem a rodičům. Vhodným způsobem preventivního míření na veřejnost jsou pořady a články v masových sdělovacích prostředcích (Matoušek, 2005).

Jako nejúčinnější se ukázaly programy cílené na systém rodiny. Většina z nich zahrnuje výchovné projekty zaměřené na nácvik rodičovských dovedností, přičemž se zvláštní pozornost věnuje období přechodu k rodičovství. Tato doba je totiž často postižena manželskými konflikty, napětím partnerů, depresivními náladami či pocity opuštěnosti a izolace. Většina manželů je navíc v tomto období obzvláště vnímavá a citlivá na nabízené informace. Včasné podchytení jejich pozitivní motivace může úspěšně vyvážit nízkou informovanost a celkovou nezralost jejich osobnosti. Tyto programy patří do primární prevence a jsou účinnější, pokud začnou ještě před narozením nebo těsně po narození dítěte. Nevyhnutelnou součástí poporodní péče o maminky by měla být sociální pomoc, zejména v případech, kdy matka nemá nikoho, kdo by jí s péčí o dítě pomohl (Pöthe, 1999).

V zahraničí jsou často využívány návštěvní programy v rodinách, v nichž přišlo dítě na svět. Nabídka pomoci může být adresována jen těm rodičům, u nichž se usuzuje na možné budoucí obtíže s výchovou dětí - např. ženám, kterým se dítě narodilo v době, kdy ještě nebyly zletilé a partner s nimi nežije. Cílovou skupinou ale mohou být i matky, které v určité době přivedly na svět dítě, byly osloveny v porodnici a souhlasily s tím, že je bude někdo navštěvovat a pomáhat jim s péčí o dítě. Pomáhající osoba je nejčastěji žena pracující jako dobrovolník pro agenturu zajišťující program. V rámci programu může probíhat i screeningové zjišťování psychického i tělesného vývoje dítěte.

Jiným typem preventivního programu jsou skupinové programy pro rodiče. Tyto skupinové programy mohou být svépomocné, mohou být i vedeny odborníky nebo mohou oba tyto způsoby práce kombinovat. Často se konají v komunitních centrech, které rodinám nabízejí ještě jiné služby. Někdy rodiče docházejí do škol, přičemž škola může být spoluorganizátorem programu nebo jen budovou, v níž je možné se scházet. Tyto programy jsou vhodné pro rodiče, kterým se nedávno narodilo dítě, i pro rodiče, kteří jsou v náročných životních situacích

Dysfunkční a mnohoproblémové rodiny obvykle vyžadují více než jen vzdělávací a podpůrné programy. U těch je na místě soustavná terapie poskytovaná jednotlivým rodinám. Vzdělávací a podpůrný program může být doplňkem takové terapie.

Za velký preventivní čin světového významu je možné považovat Úmluvu o právech dítěte a Světovou deklaraci o přežití, ochraně a rozvoji dítěte (Matějček a kol., 1995).

1.4.2. Krizová intervence

Krizová intervence je specializovaná pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje především pomoc : psychologickou, lékařskou, sociální a právní.

Krizová intervence ve formě psychologické pomoci spočívá v časově omezeném terapeutickém kontaktu zaměřeném na problém, který krizi vyvolal. Jedinec je s krizí konfrontován a dochází k jejímu řešení. Eliminace příznaků krize a znovuoobnovení psychické rovnováhy zabraňuje dalšímu rozvoji dezorganizace.

Lékařská pomoc zahrnuje především intervenci psychiatrickou a v případě potřeby také medikaci a krátkodobou hospitalizaci.

V rámci sociální pomoci je krizová intervence chápána jako činnost směřující k okamžitému sociálnímu zásahu, zaměřenému na osoby, které se ocitly v akutní krizové situaci. Zahrnuje služby sociální intervence poskytované osobám, které se přechodně ocitly nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech.

Právní pomoc může být v omezeném rozsahu poskytnuta také sociálním pracovníkem, a to zejména v oblasti sociálně-právní, ale spadá zejména do kompetence právníků (Špatenková, 2004).

Pomoc by měla být okamžitá. Klient v krizi by měl být ošetřen co nejdříve. Odložení kontaktu – na ráno, objednání za několik dní – může výrazně prohloubit

bezmoc a zvýšit autoagresivní chování. Dostupnost linek důvěry a krizových center 24 hodin denně je v tomto ohledu nenahraditelná.

Pomoc by měla být snadno dosažitelná. Budování sítě krizových center a linek důvěry, následných služeb, jakož jejich zviditelnění, je jedním z principů komplexní a moderní péče o obyvatelstvo. V rámci primární péče je třeba na možnost využívání těchto služeb v případě nutnosti upozorňovat již od dětského věku. Dosažitelnost zvyšuje umístění v centru města, v dosahu veřejné dopravy apod. Subjektivní bariéry jsou snáz překonatelné, když kontaktní místo není přímo provázáno s jiným, zejména psychiatrickým zařízením.

Péče by měla být kontinuální. Bylo by optimální, aby klient, který v krizi navázal kontakt s odborníkem, s ním mohl dále pokračovat v řešení svého problému. To ale není vždy možné, kvalitní předávání informací mezi kolegy však může výrazně omezit nepříjemný zážitek klienta, že musí vše znovu dopodrobna vyličit. Také vyhledání adekvátních následných odborných služeb, pomoc při navázání kontaktu s nimi, je součástí dobrého pocitu kontinuity péče, zejména u těžkých traumatických krizí.

Péče by měla mít definované minimální cíle. Krizová intervence není zásah, který by měl vyřešit všechny problémy, jež klient předkládá. Má podpořit klienta v tom, aby se jeho schopnost cítit, uvažovat a hledat řešení co nejrychleji dostala na obvyklou, nebo aspoň funkční úroveň.

Prevence možného zhoršení stavu je dalším významným aspektem práce pomáhajícího. Schopnost odečítat signály ohrožení, zejména agresivního nebo autoagresivního chování, patří k neopominutelným dovednostem pomáhajícího.

Péče by také měla počítat s kontextem klientových vztahů. Vždy je třeba mít na mysli, že člověk je součástí rodiny, vztahu, pracovního či přátelského společenství. Ocitne-li se v krizi, rezonují všechny systémy, v nichž se nachází, a naopak krize v systému mohou mít vliv na jedince a mohou krizi spouštět. Znalost těchto principů a schopnost z nich čerpat při krizové intervenci je velkým přínosem a zmenšuje riziko plochého, povrchního a nefunkčního zásahu.

Pomoc by měla být také poskytována v co nejméně omezujícím prostředí. Mělo by být pravidlem, že při hledání řešení krize se využijí všechny možnosti, které jsou v souladu s přáním klienta a co nejméně jej ohrozí a determinují do budoucnosti. Například hospitalizace na krizovém centru by měla být nabídnuta tam, kde byly vyčerpány možnosti rodiny nebo jiného podpůrného sociálního systému, které by klient preferoval. Hospitalizace na psychiatrickém oddělení je vhodná jen tam, kde je k tomu indikace a vyčerpaly se možnosti sociálního okolí klienta a krizového oddělení (Matoušek a kol., 2003)

Základním prvkem krizové intervence je navázání kontaktu krizového intervenanta s klientem. Tento požadavek je při poskytování krizové intervence podstatný. Klient v krizi často prožívá strach, úzkost, bezradnost, beznaděj, může se chovat neadekvátně, bez rozmyslu, popuzeně, ale i agresivně. Nedílnou součástí této fáze je zajištění bezpečí, protože jen ten klient, který se necítí aktuálně ohrožen, bude schopen v intervenci při navázání kontaktu pokračovat. Toto bezpečí se týká nejen fyzické, ale zejména psychické stránky klienta (klient důvěřuje pracovníkovi v krizové intervenci, nebojí se ho, nemá obavy, že ho zradí nebo devaluje).

Budování emocionálního kontaktu jde ruku v ruce se shromažďováním informací. Získané informace slouží k posouzení rozsahu krizové reakce, příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize.

Je nutné získat informace o době trvání příznaků (projevů) krize – za jakých okolností k ní dochází, jak klient subjektivně chápe příčiny krize a jaký význam krizi přikládá, jaký vliv má krize na jeho nejbližší okolí.

Zároveň v této fázi vzniká plán, jak krizi řešit. Je nezbytné prozkoumat sociální oporu daného klienta – zda existují osoby, které ho mohou podpořit, kdo a jak mu dosud pomáhal v podobných problémech a zejména v současné situaci.

Už tady získává klient schopnost samostatně rozhodovat a pomoc, která je mu poskytována se blíží k závěru. Pokud je krizový stav klienta vážný a není možné, aby se vrátil do svého přirozeného prostředí, je nutná hospitalizace.

Jakmile se ukáže, že je krize překonána, a klient si uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak ji měl překonat, může být krizová intervence ukončena.

Nedílnou součástí krizové intervence je jasná a srozumitelná dokumentace, aby bylo možné při dalším kontaktu s klientem plynule navázat na dosavadní skutečnosti.

Formy odborné pomoci v krizi se mohou klasifikovat podle různých kritérií, nejčastěji podle typu kontaktu krizového intervenanta s klientem. V rámci tohoto dělení hovoříme o:

- prezenční formě pomoci
- distanční formě pomoci.

Prezenční pomoc zahrnuje:

- ambulantní formu pomoci v krizi
- hospitalizaci
- a 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 (např. ambulance krizových center), případně instituce, v jejíž kompetenci je poskytování krizové intervence sekundárně (např. ambulance psychologických pracovišť, psychiatrická ordinace, rodinná poradna apod.). Klienti mohou vyhledat ambulantní pomoc na základě vlastního uvážení, obvykle jsou ale nasměrováni jinými institucemi – linkou důvěry, policií, pracovníky sociálních nebo zdravotních institucí apod.

Hospitalizace je krátkodobé umístění klienta v krizi na tzv. krizové lůžko, nejlépe v zařízení k tomu určeném, tedy v krizovém centru. K hospitalizaci se přistupuje v tom případě, je-li klientův stav takový, že neumožňuje setrvání v domácím prostředí a poskytování jiných forem pomoci (týrané děti, suicidální pokus apod.)

Terénní a mobilní služby spočívají v přenesení procesu krizové intervence na místo, kde se nachází osoba v krizi (může to být domov, škola, nemocnice, ulice nebo místo, kde došlo k neštěstí nebo katastrofě).

Distanční forma pomoci představuje proces krizové intervence, kdy je krizový intervenant prostorově vzdálen od klienta. Distanční forma pomoci zahrnuje telefonický nebo internetový kontakt s klientem.

Telefonická pomoc nabízí klientům v krizi pomoc a podporu skrze telefon. Zajišťují ji obvykle linky důvěry.

Internetová pomoc je realizována prostřednictvím internetu. Vzhledem ke stále rostoucímu počtu uživatelů internetu a k velkým komunikačním možnostem tohoto média lze předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci (Šatenková a kol. , 2004).

Krizová intervence u dětí má určitá specifika. Jestliže někdo signalizuje, že je dítě v krizi, neměli bychom tuto důležitou informaci devalvovat. Dítě je v mnoha ohledech bezmocné, často je závislé na tom, že si někdo jeho problémů všimne. Způsoby a možnosti vyhledávání pomoci má dítě poněkud omezené – může kontaktovat linku důvěry, může se obrátit na nějakou blízkou dospělou osobu, případně vyhledat pomoc nějaké cizí dospělé osoby (např. výchovný poradce či metodik prevence na škole, školní psycholog, ale také sousedka, rodič kamaráda či podobně). Jestliže některý z těchto primárních článků selže, může se dítěti uzavřít nebo ztížit cesta k vyhledání adekvátní pomoci. Čím dříve je pomoc dítěti poskytnuta, tím lépe.

Při poskytování institucionalizované pomoci (např. návštěva pedagogicko-psychologické poradny) je vhodné, aby dítě doprovázela dospělá osoba – optimální je, aby to byli rodiče, ale může to být i výchovný poradce nebo učitel (pokud je to v zájmu dítěte a s vědomým zákonného zástupce, tj. rodiče či orgánu sociálně-právní ochrany). Dítě ovšem může vyhledat pomoc i samo. Dítě má v případě potřeby právo požádat o pomoc jakoukoliv instituci, které podle zvláštních právních předpisů přísluší též ochrana práv a oprávněných zájmů dítěte. Jsou to například :

- školy a školská zařízení
- zdravotnická zařízení
- policie
- soud
- a orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Dítě má právo požádat o tuto pomoc i bez vědomí rodičů a jmenované orgány jsou povinny mu ji poskytnout. Jakou formou bude tato pomoc poskytnuta, záleží na zvážení pracovníků instituce.

Krizová intervence v dětství má řadu specifíků, která jsou dána především nutností respektovat vývojovou situaci dítěte a kontext jeho rodiny, proto je vhodné (a často nutné) v případě dítěte v krizi pracovat s celou jeho rodinou (Špatenková, 2004).

1.4.3. Náhradní rodinná péče

U některých dětí se špatným rodinným zázemím může samo přestěhování do rodiny, kde o ně bude řádně pečováno, vyvolat pozitivní změnu. Výrazně zanedbaným dětem však tyto náhradní rodiny musí poskytnout promyšlený léčebný režim podobný léčbě na uzavřeném oddělení (Elliott a kol., 2002).

V případě nutnosti odebrání dítěte z rodiny je nutné počítat s tím, že dítě samo se bude tomuto opatření bránit a ztrátu rodičů bude oplakávat. Většina i velmi těžce týraných dětí si vytvořila a přes traumatické zážitky udržuje často pro okolí až nepochopitelně silné pozitivní vztahy ke svým týrajícím rodičům (proto také děti při rozhovoru často týrání popírají nebo snižují jeho závažnost – nejen za strachu před trestem – dalším týráním, ale mnohdy především ve snaze rodiče chránit). Získání reálného pohledu na nevlastní rodiče a přijetí vlastní minulosti patří pak také k důležitým cílům terapeutického úsilí (Langmeier a kol., 2000).

Mezi základní formy náhradní rodinné péče patří u nás osvojení (zrušitelné a nezrušitelné) a pěstounská péče.

Osvojení je právně zakotveno v zákoně o rodině č. 94/1963 Sb. Při osvojení přijímají manželé či jednotlivci za vlastní opuštěné dítě a mají k němu stejná práva a povinnosti, jako by byli jeho rodiče. Vzájemná práva a povinnosti mezi osvojencem, tj. osvojeným dítětem, a jeho původní rodinou osvojením zanikají.

Osvojením, a to bez zřetele k tomu, jde-li o osvojení prvního stupně (zrušitelné) či druhého stupně (nezrušitelné), vzniká mezi osvojencem osvojitelem podobný poměr jako je mezi pokrevními rodiči a nezletilými dětmi.

Zvláštností nezrušitelného osvojení je, že soud při něm na návrh osvojitele zároveň rozhodne, aby byl osvojitel zapsán v matrice místo rodiče osvojence.

V důsledku toho jsou osvojitelé uváděni jako rodiče dítěte v rodném listě dítěte, který je úplným výpisem z matriky.

O osvojení dítěte rozhoduje soud a před jeho rozhodnutím musí uplynout nejméně tři měsíce, po které zájemce pečuje o dítě na své náklady. Říká se tomu „předadopční péče“.

Osvojit lze pouze dítě nezletilé, je-li mu osvojení ku prospěchu. Mezi osvojitelem a osvojencem musí být přiměřený věkový rozdíl. Pro nezrušitelné osvojení je stanovena minimální věková hranice osvojovaného dítěte jeden rok. Toto osvojení nelze zrušit.

Osvojit dítě může manželská dvojice, manžel nebo manželka rodiče dítěte i osamělá osoba. Při dnešním nedostatku dětí právně volných a fakticky k adopci vhodných mají osaměle žijící osoby jen malou šanci, že by mohly dítě do osvojení získat.

Děti vhodné pro osvojení jsou děti, u kterých se předpokládá méně problémový zdravotní a psychosociální vývoj a které lze předat do náhradní rodinné péče pokud možno v raném věku, a to za předpokladu, že byl vyřešen právní vztah s původní rodinou. Děje se tak několika způsoby:

Většinou se k osvojení vyžaduje souhlas zákonného zástupce, kterými jsou zpravidla rodiče dítěte, pokud nebyli zbaveni rodičovské zodpovědnosti nebo způsobilosti k právním úkonům. Pokud dítě nemá zákonného zástupce, ustanoví soud dítěti opatrovníka, který bude dítě zastupovat v řízení o adopci.

Osvojit dítě je také možné, pokud soud stanoví tzv. kvalifikovaný nezájem. Tak je tomu v případě, když rodiče, kteří byli dosud zákonnými zástupci dítěte, po dobu nejméně šesti měsíců neprojevovali o dítě opravdový zájem nebo když po dobu nejméně dvou měsíců po narození dítěte neprojevovali o dítě žádný zájem, ačkoliv jim v takovém projevení zájmu nebránila žádná závažná překážka. V takovém případě není k osvojení dítěte jejich souhlasu třeba.

V neposlední řadě lze také osvojit dítě, jestliže jeho rodiče byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti, což znamená, že tím došlo k právnímu uvolnění dítěte. Tento postup přichází v úvahu tehdy, když rodiče zneužívají rodičovských práv (dítě

týrají, ohrožují jeho zdravý vývoj apod.) nebo závažným způsobem zanedbávají své povinnosti vůči dítěti.

Pěstounská péče je upravena v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů a v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře a v právních předpisech o sociálním zabezpečení.

Pěstounská péče je státem garantovaná a kontrolovaná forma náhradní rodinné péče, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali. Dítě může být svěřeno do pěstounské péče fyzické osobě nebo do společné pěstounské péče manželů. Jediným rozhodujícím činitelem z hlediska právního je tu zájem dítěte. Svazek pěstounů s dítětem je podstatně volnější, než je tomu při osvojení.

Osoba pěstouna musí poskytnout záruku řádné výchovy dítěte. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech – k výkonu mimořádných záležitostí žádá souhlasu zákonného zástupce dítěte. Pěstounskou péčí nevzniká příbuzenský vztah dítěte s pěstouny a jejich příbuznými.

Pěstounská péče vzniká rozhodnutím soudu. Z vážných důvodů může soud rozhodnout také o zrušení pěstounské péče. Soud je oprávněn stanovit pěstounovi povinnost podávat o výkonu pěstounské péče pravidelné zprávy soudu.

Dítěti v pěstounské péči zůstává nejdříve příjmení po vlastních rodičích, později je však možno zažádat na matrice o jeho změnu. Také styk původních rodičů s dítětem není vyloučen – v některých případech však může být rozhodnutím soudu i podstatně omezen. Je-li dítě svěřeno do pěstounské péče ve věku, kdy je schopno posoudit její obsah, má být zajištěno také jeho vyjádření.

V praxi se uplatňují dva typy pěstounské péče: individuální pěstounská péče a skupinová pěstounská péče. Individuální pěstounská péče probíhá v běžném rodinném prostředí, tj. s pěstounkou a pěstounem, kteří většinou mají své vlastní děti nebo již děti vychovali.

Skupinová pěstounská péče se děje v zařízeních pro výkon pěstounské péče, což jsou velké pěstounské rodiny, někdy i s vlastními dětmi pěstounů a dalšími třeba 4-6 nebo i více dětmi přijatými.

Jiným takovým zařízením pro výkon pěstounské péče jsou SOS dětské vesničky, kde je pěstounskou péčí pověřena sama matka-pěstounka. Ta mívá většinou ku pomoci další osobu, které se říká teta a která matce pomáhá při vedení domácnosti a výchově dětí. Matka-pěstounka se svěřenými dětmi bydlí v samostatném domečku. Skupina 10 – 12 takových domečků představuje Vesničku. Rodinu v domečku tvoří tedy matka-pěstounka a zpravidla 6 a více dětí různého pohlaví a věku. Často jsou to sourozenci pocházející z jedné vlastní rodiny, která z nějakého důvodu ve svých funkcích selhala.

Na rozdíl od osvojení zaniká pěstounská péče dosažením zletilosti dítěte. Může být ovšem zrušena i rozhodnutím soudu, ale to jen z velmi závažných důvodů

Děti vhodné pro pěstounskou péči jsou především opuštěné děti, které vyžadují nejen trvalou individuální péči, ale i dlouhodobou výchovu v náhradní rodině. Jedná se většinou o děti s různými zdravotními či psychomotorickými obtížemi, děti starší, skupiny sourozenců nebo děti jiného etnika. Patří sem i skupina dětí, u kterých brání osvojení překážky právní, především nesouhlas rodičů.

Další užívaný pojem v náhradní rodinné péči je poručenství. Soud ustanoví dítěti poručníka v případě že :

- rodiče dítěte zemřeli
- byli zbaveni rodičovské zodpovědnosti
- byl pozastaven výkon jejich rodičovské odpovědnosti nebo
- nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu.

Pokud poručník péči o dítě osobně vykonává, má on i dítě nárok na totéž hmotné zabezpečení, jako by šlo o pěstounskou péči. Poručník je zákonným zástupcem dítěte. Mezi ním a dítětem však ze zákona nevzniká takový poměr, jaký je mezi rodiči a dítětem. Poručník má za úkol výchovu dítěte, zastupování dítěte a správu jeho majetku. Výkon této funkce je pod pravidelným dohledem soudu. Poručník podává soudu zprávy

o osobě poručenice, zpravidla v ročních intervalech. Jakékoli rozhodnutí poručníka v podstatné věci týkající se dítěte vyžaduje schválení soudem.

Opatrovnictví je další užívaný pojem v náhradní rodinné péči. O ustanovení opatrovníka rozhoduje soud usnesením, v němž vymezí rozsah jeho práv a povinností vůči dítěti, a to vždy s ohledem na důvod, pro který byl dítěti opatrovník ustanoven. Opatrovník je dítěti ustanoven například při řízení o osvojení. Opatrovník vykonává pouze některá rodičovská práva stanovená soudním rozhodnutím – není však zákonným zástupcem dítěte (Matějček a kol., 2002).

Opatrovník ve srovnání s poručníkem nahrazuje rodiče pouze v omezeném rozsahu, dílčím způsobem vykonává některá práva a povinnosti rodičů (Novotná, 2007).

1.4.4. Individuální terapie

Psychoterapie je proces, jímž se navozují změny v osobnosti, chování a zdravotním stavu dítěte výhradně psychologickými prostředky, tedy prostřednictvím určitého způsobu komunikace, popřípadě hry.

Při léčbě dětí je nutné vycházet z jejich věku, osobnosti, sociálního zázemí tvořeného zejména rodinou a z konkrétních zdravotních obtíží. Psychoterapie dětí je vždy nadějná, protože děti jsou ve vývoji a jejich psychika i nervový systém a fyziologické funkce jsou snadněji ovlivnitelné a měnitelné.

Důležitým specifikem práce s dětmi je i nutnost těsné spolupráce s jejich rodiči a mnohdy také s dalšími blízkými osobami jejich života (Vymětal, 2004) .

Jedním z prostředků individuální terapie je terapie hrou. Hra je prostředkem, kterým dítě dosahuje poznání světa. Když je postaveno před problém nebo těžko pochopitelnou situaci, pak je přirozenou reakcí dítěte ji zakomponovat do hry a pravidelným opakováním se dostaví objasnění a pochopení, které je dítě schopno přijmout. Proto je logické, že hru je třeba pojímat jako samozřejmý prostředek pro terapeutickou práci s malým dítětem. U starších dětí se spíše využívá metody kreslení a modelování (Elliott a kol., 2002).

Dalším častěji se vyskytujícím prostředkem individuální terapie s dětmi je kognitivně-behaviorální terapie. Tato terapie vychází z předpokladu, že emoce a jednání člověka jsou do značné míry určovány tím, jak interpretuje svět, v němž žije. Kognitivně-behaviorální terapie s dětmi vychází přímo z behaviorální terapie, proto se u dětí často využívají metody založené na klasickém a operantním podmiňování a na učení podle vzoru. Na rozdíl od kognitivně-behaviorální terapie s dospělými se však kognitivně-behaviorální terapie s dětmi zaměřuje více na naučení příslušným dovednostem a na uplatnění specifických terapeutických postupů.

Kognitivní terapie je založena na třech hlavních teoretických předpokladech. První předpoklad říká, že myšlenky, představy, vjemy a další zprostředkující kognitivní události ovlivňují chování člověka. To platí zvláště u dětí, které dosud nejsou schopny racionálního uvažování a pro které jsou jejich pocity a představy stejně důležité jako fakta. Kognitivní terapie u dětí uznává vlivy a vzájemnou závislost kognitivních, afektivních, sociálních, vývojových, biologických a behaviorálních faktorů v etiologii a terapii psychických poruch. Druhý předpoklad říká, že jedinec je aktivním účastníkem procesu svého učení. Aktivní účast představuje důležitý krok při mobilizaci motivace a posílení pozice dítěte v terapeutickém procesu. Mnoho terapeutů si uvědomuje, jak je důležité přizpůsobit terapeutickou metodu tak, aby se jí dítě mohlo aktivně účastnit a naučilo se novým kognitivním procesům, kterými nahradí ty, jež jsou nevhodné nebo mu chybí. Třetí předpoklad říká, že účinnost kognitivních metod zaměřených na dosažení změny chování je třeba empiricky prokázat (Ronenová, 2000).

1.4.5. Skupinová terapie

Skupinová psychoterapie je postup, který k léčebným účelům používá skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce mezi členy skupiny. Přidává navíc rozměr sdílení problémů s ostatními a zmenšuje pocit izolace a myšlenek typu: „Jsem jediný, kdo takhle trpí“. Vyžaduje však na členech skupiny schopnost vypořádat se s těžkostmi důvěrných vztahů, i když to na někoho může mít pozitivní terapeutický účinek samo o sobě.

Taková témata se řeší ve skupinách dětí nebo rodičů, kteří mají společnou zkušenost nebo problém. Skupiny mohou být ale také heterogenní a mohou být řešeny i různé druhy problémů. Skupinová terapie se využívá například u dětí, které byly zneužívány, protože zmenšuje pocit izolace. Pokud skupina pracuje dobře, může všem zúčastněným dát pocit bezpečí, který členům umožňuje sdělit mnohem více než za jiných okolností (Elliott a kol., 2002).

Ve skupinách nacházejí děti podporu a porozumění a také příležitost ke vzájemné pomoci. Děti zde mají příležitost podělit se o své myšlenky a hovořit o událostech, které se staly třeba před několika lety, ale pomyšlení na ně je dosud trápí. Může to být například násilný incident nebo bolestná zkušenost spojená s odmítnutím.

Jakmile se děti ujistí, že to, co řeknou, se nedostane ven, odváží se odhalit před svými vrstevníky své trápení. Mnohým to přinese značnou úlevu. Některé děti se však cítí lépe o samotě, zejména mají-li pocit, že jejich zkušenosti jsou odlišné a jejich problémy jsou složitější než problémy ostatních dětí.

Po celou dobu je kladen důraz na pocity dítěte. Je mu sdělováno, že jeho pocity jsou naprosto v pořádku, ať už cítí smutek nebo zlost, zmatek nebo úzkost, nebo současně všechny uvedené pocity (Smith, 2004).

1.4.6. Rodinná terapie

Děti samy se pro terapii obvykle nerozhodují, i když v dnešní době se to již stává, často však k terapeutickému sezení dojde kvůli jejich symptomům. Dospívající děti bývají často zpočátku výrazně nedobrovolnými klienty. Rodiče je přivádějí, když odmítají rodičovská pravidla a někdy i celý svět rodičů. Rodiče čekají, že jim terapeut pomůže jejich požadavky prosadit. Dítě bývá odmítavé a projevuje to mnohdy svéráznými způsoby. Stává se, že jsou rodiče útoční a kritičtí a dítě je v defenzivě, bývá to ovšem také naopak. Dospívající dovedou někdy velmi účinně prosazovat své osobní požadavky bez ohledu na situaci rodičů.

V rozhovoru, v němž si terapeuti udrží neutrální pozici, může dospívající nejen objevit, že je terapie zajímavá už tím, že neodpovídá dosavadní zkušenosti, zjistí, že i

jemu může přinést změny, s kterými může být koneckonců spokojen, i když s nimi terapeuti nijak zvlášť nesouhlasí. Rodiče poznají, že jim terapeuti nebudou dělat mluvčí a prosazovat jejich názory, že však mají respekt a porozumění pro jejich názory a rodičovskou zodpovědnost (Gjuričová a kol., 2003).

Rodinná terapie se začala soustavně rozvíjet až od počátku 60. let a v současné době je jedním z nejnadanějších přístupů v léčbě duševně, sociálně či tělesně nemocných dětí a dospělých. Základním principem rodinné terapie je to, že ve středu pozornosti nestojí jedinec, ale vždy celá rodina. Skutečným pacientem je tedy celá rodinná skupina se všemi svými zjevně narušenými i zdravými členy. Předpokládá se totiž, že individuální poruchy dítěte či jiného člena rodiny úzce souvisejí se skupinovou dynamikou celé rodiny, ba dokonce, že individuální symptomatika je ve své podstatě výrazem narušených interpersonálních vztahů v rodině. Terapeut má proto usilovat především o změnu těchto vztahů, aniž by se soustřeďoval výlučně na problémy samotného dítěte.

Za rodinnou terapii pokládáme psychologickou léčbu zaměřenou prvotně na rodinnou povahu poruchy nebo problému. Oproti původnímu pojetí rodinné terapie jako uspořádání, kdy se s terapeutem scházejí současně všichni pospolu žijící členové rodiny – tzv. společná rodinná terapie –, byla její praxe rozšířena o další varianty: o tzv. souběžnou rodinnou terapii, kdy též terapeut pracuje s jednotlivými členy rodiny zvlášť, popřípadě společná rodinná setkání prokládá setkáními individuálními, a o tzv. součinnou rodinnou terapii, kdy více terapeutů ve vzájemném kontaktu pracuje každý s jedním nebo více členy téže rodiny odděleně (Langmeier a kol., 2000).

Rodinná terapie je obecně indikována tehdy, když zjevná porucha u některého člena rodiny nebo v některém rodinném vztahu či oblasti soužití je podmíněna celkovou skladbou a způsobem života rodiny. Jedná se zejména o situace, kdy rodina neplní některou ze svých základních funkcí, kdy je rizikový vývoj člena rodiny podmíněný a ovlivňovaný způsobem fungování rodiny nebo kdy rizikový vývoj člena rodiny deformuje fungování rodiny a ohrožuje její další členy (Labáth a kol., 2001).

Rodinná terapie je nejčastěji krátkodobě orientována. Obvyklý průběh zahrnuje škálu od jednorázové intervence v 1 – 5 setkáních po terapeutické spolupráci zpravidla

ne delší než 1 -2 roky. Členové rodiny se scházejí s terapeutem většinou jednou za 1 - 2 týdny, v kritických situacích i vícekrát týdně. Terapeutovo vedení má zpravidla ráz aktivnějšího zasahování až režírování terapeutické interakce, než bývá obvyklé v nedirektivních postupech psychoterapie individuální či skupinové (Langmeier a kol., 2000).

Vést společný rozhovor, který by oslovil dospělé i jejich nezralé děti různého věku a byl pro všechny terapeuticky užitečný, vyžaduje zkušenost a dovednost. Někteří odborníci hovoří tam, kde se problém týká primárně dětí, nejprve s dětmi, například v rámci psychologického nebo psychiatrického vyšetření, a pak mluví o dětech s jejich rodiči. Taková praxe vychází z názoru, že rodič, který je zodpovědný za dítě, má právo být odborníkem informován. Zároveň však je třeba respektovat vztah důvěry dítěte k odborníkovi. Postup při kterém odborník použije důvěrné situace s dítětem, aby z něj něco „vytáhnul“, a pak to za jeho zády prozradí rodičům, je samozřejmě eticky nepřijatelný. Rozumí se, že pokud jde o závažné obsahy, které se týkají ohrožení dítěte, sdělí dítěti, že je třeba rodiče, případně i některé jiné instituce informovat. Praxe odděleného rozhovoru s rodiči a dětmi má úskalí (pokud je použita, měl aby mít od počátku jasná pravidla). Někteří rodiče čekají, že se od odborníků dozvědí vše, co dítě svědilo, dokonce mají za to, že to je součástí jeho role, a mohli by být zklamáni, že tomu tak není.

Terapeuti by měli setkání rozvíjet tak, aby bylo dítě angažováno a uznáno, a to náměty hovoru, jazykem i jinými médii, například hračkami v pracovní nebo využitím prvků hry. Zároveň by také mělo mít dítě možnost, způsob a rozsah zapojení do terapeutického dění regulovat, případně se i na nějakou dobu odpojit. I vůči dětem platí, že by měly mít – stejně jako jejich rodiče – pocit, že na nich terapeutům záleží a že jsou na jejich straně. K práci s rodinou patří uznání a zviditelnění vstupů dětí v průběhu setkání, a to i umístění požadavků dětí v průběhu setkání (Gjuričová a kol., 2003).

2. Cíle a hypotézy

2.1. Cíle práce

Diplomová práce si klade za cíl zjistit míru informovanosti dětí školního věku o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích. Dílčím cílem je zjistit množství preventivních aktivit věnovaných danému tématu.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1

Informovanost dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích je nedostačující.

Hypotéza 2

Preventivní aktivity na základních školách na téma psychosociální pomoc dětem jsou nedostatečné.

3. Metodika

3.1. Použité metody

Výzkum kombinoval prvky kvantitativní a kvalitativní. Metodou kvantitativního výzkumu bylo dotazování, technikou sběru dat dotazník. Pro potřeby práce byl zkonstruován originální dotazník (Příloha 1), který obsahoval celkem 18 otázek a 4 podotázky. Dotazník byl určen pro žáky druhého stupně základní školy. První část dotazníku tvořily identifikační otázky, druhou část tvořily otázky, které se týkaly informovanosti dětí o psychosociálních zařízeních. Analýza získaných dat byla zpracována v programu SPSS pro PC.

Druhá část výzkumu, zaměřená na preventivní aktivity na základních školách, probíhala formou řízeného rozhovoru s pracovníky českobudějovických psychosociálních zařízení. Získaná data byla zpracována kvalitativní obsahovou analýzou.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili žáci páté, šesté, sedmé, osmé a deváté třídy Základní školy v Jírovcově ulici v Českých Budějovicích. Celkem zde bylo rozdáno 200 dotazníků, zcela vyplněných a použitelných se vrátilo 170. Z těchto 170 respondentů bylo 90 dívek a 80 chlapců. Věkové složení respondentů bylo od 11 do 15 let.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 13 pracovníků psychosociálních zařízení určených dětem.

3.3. Vlastní realizace výzkumu

V listopadu roku 2006 byl nejprve proveden předvýzkum u dětí ve věku od 11 do 15 let. Cílem tohoto předvýzkumu bylo zjistit srozumitelnost a validitu dotazníku. Na základě výsledků předvýzkumu byl dotazník upraven a byly odstraněny jeho nedostatky. Vlastní výzkumné šetření ve vybrané základní škole proběhlo v prosinci 2006.

4. Výsledky výzkumu

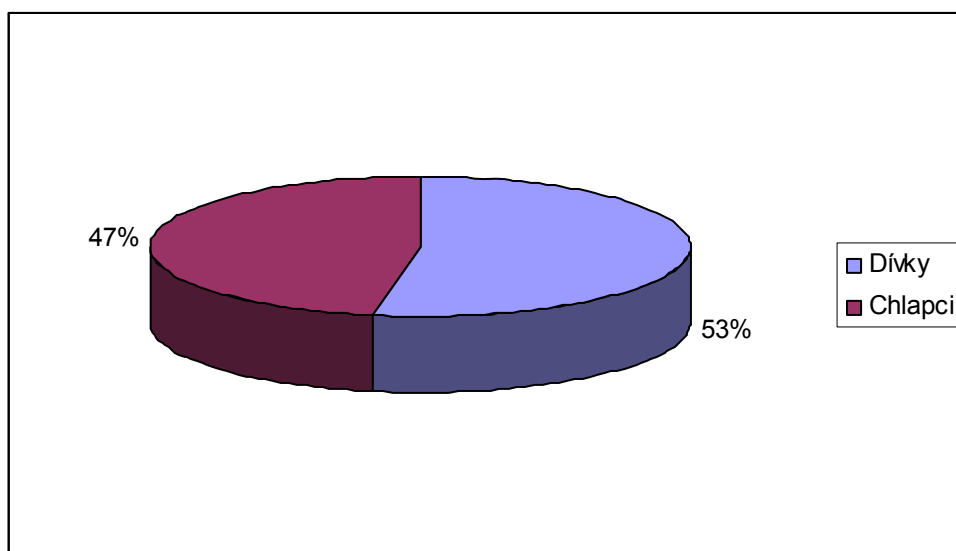
4.1. Charakteristika zkoumaného souboru

Tabulka 1. Rozložení zkoumaného souboru podle pohlaví respondentů.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Dívka	90	52,9	52,9	52,9
Chlapec	80	47,1	47,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 1. Rozložení zkoumaného souboru podle pohlaví respondentů.



Zdroj: vlastní výzkum

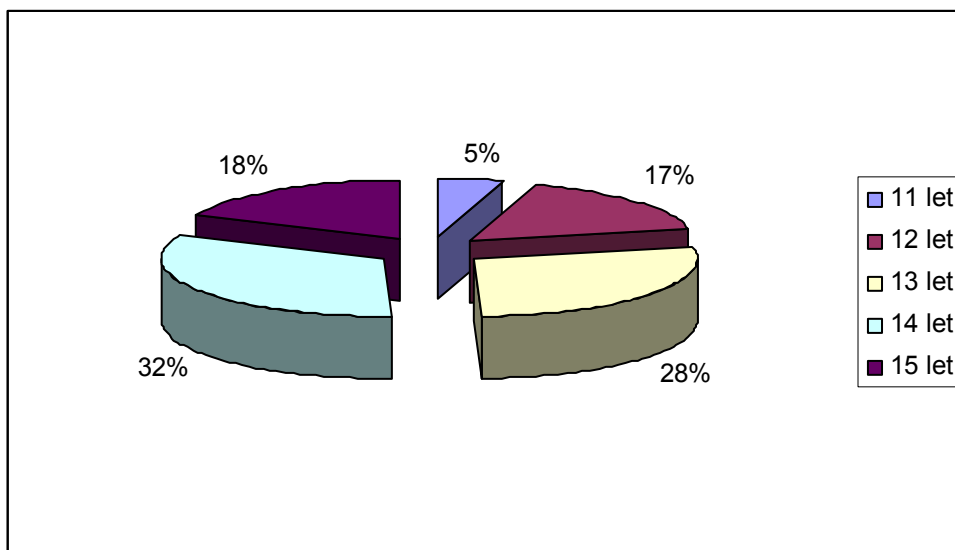
Z celkového počtu 170 dotazovaných bylo 90 (53%) respondentů ženského pohlaví a 80 (47%) respondentů mužského pohlaví.

Tabulka 2. Rozložení zkoumaného souboru podle věku.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 11,00	8	4,7	4,7	4,7
12,00	29	17,1	17,1	21,8
13,00	47	27,6	27,6	49,4
14,00	55	32,4	32,4	81,8
15,00	31	18,2	18,2	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

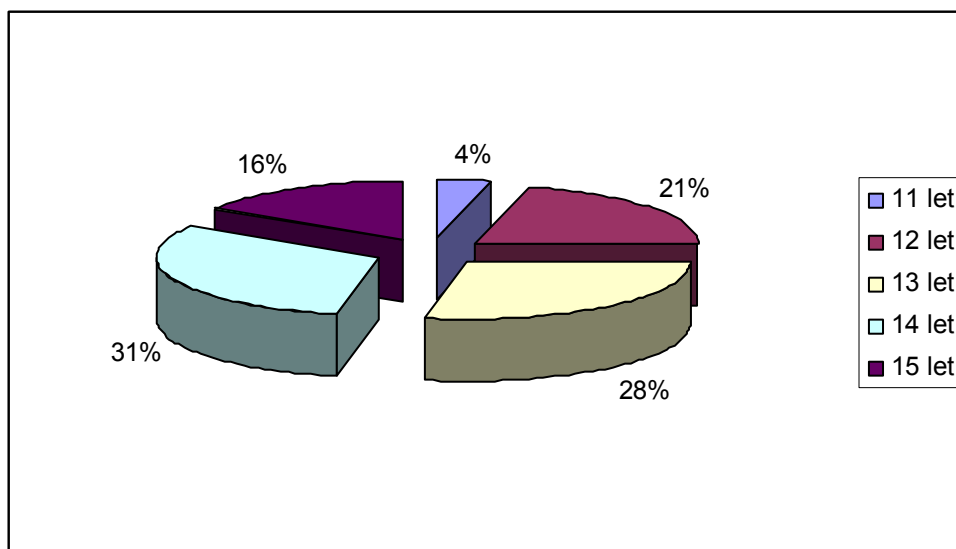
Graf 2. Rozložení zkoumaného souboru podle věku.



Zdroj: vlastní výzkum

Věkové složení respondentů je následující: 5% jedenáctiletých, 17% dvanáctiletých, 28% třináctiletých, 32% čtrnáctiletých a 18% patnáctiletých. Průměrný věk respondentů je 13,42 let, median věku je 14 let.

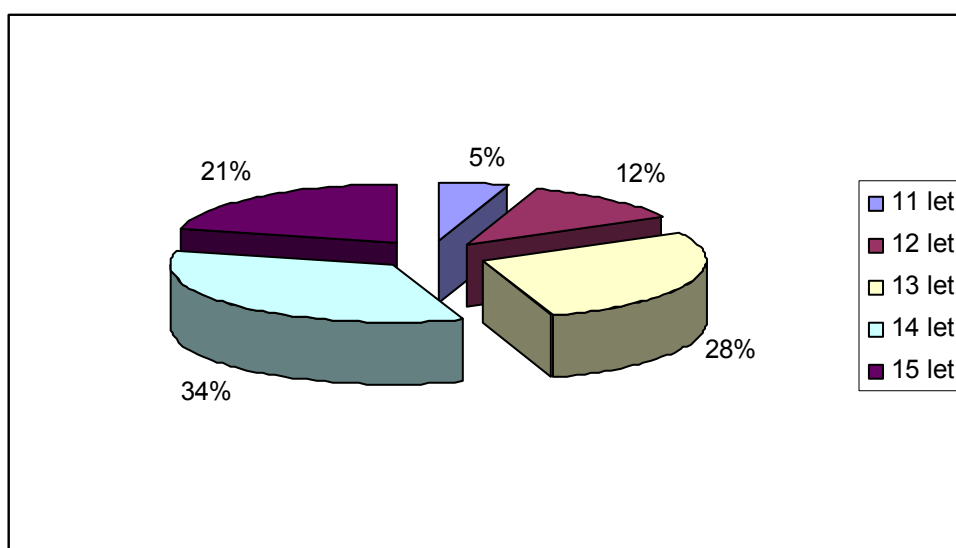
Graf 3. Rozložení respondentů ženského pohlaví podle věku.



Zdroj: vlastní výzkum

Věkové složení respondentů ženského pohlaví je následující: 4% jedenáctiletých dívek, 21% dvanáctiletých dívek, 28% třináctiletých dívek, 31% čtrnáctiletých dívek a 16% patnáctiletých dívek.

Graf 4. Rozložení respondentů mužského pohlaví podle věku.



Zdroj: vlastní výzkum

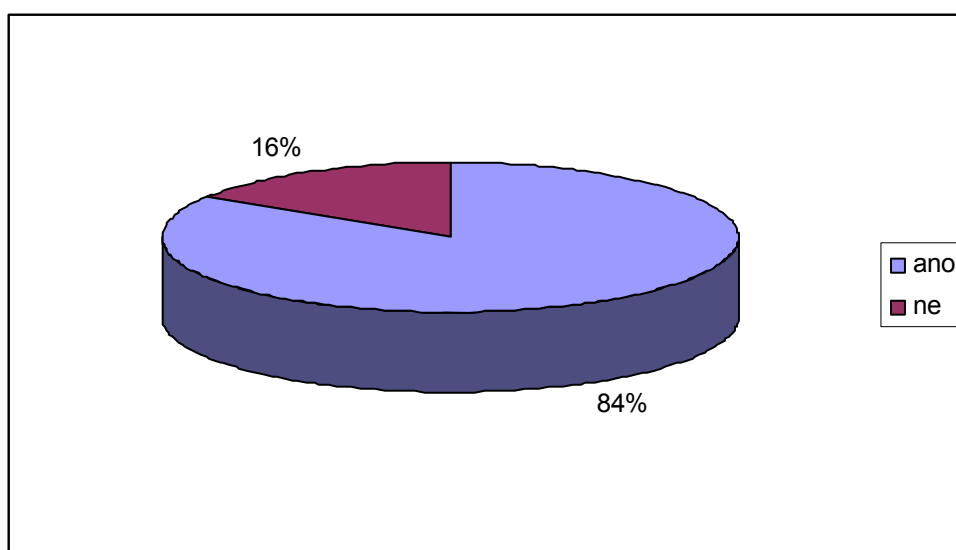
Věkové složení respondentů mužského pohlaví je následující: 5% jedenáctiletých chlapců, 12% dvanáctiletých chlapců, 28% třináctiletých chlapců, 34% čtrnáctiletých chlapců a 21% patnáctiletých chlapců.

Tabulka 3. Bydliště respondentů v Českých Budějovicích.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	143	84,1	84,1	84,1
ne	27	15,9	15,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5. Bydliště respondentů v Českých Budějovicích.



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 170 respondentů jich 143 (84%) pocházelo přímo z Českých Budějovic, 27 (16%) nikoli.

4.2. Vyhodnocení otázek dotazníku

Znalost psychologa.

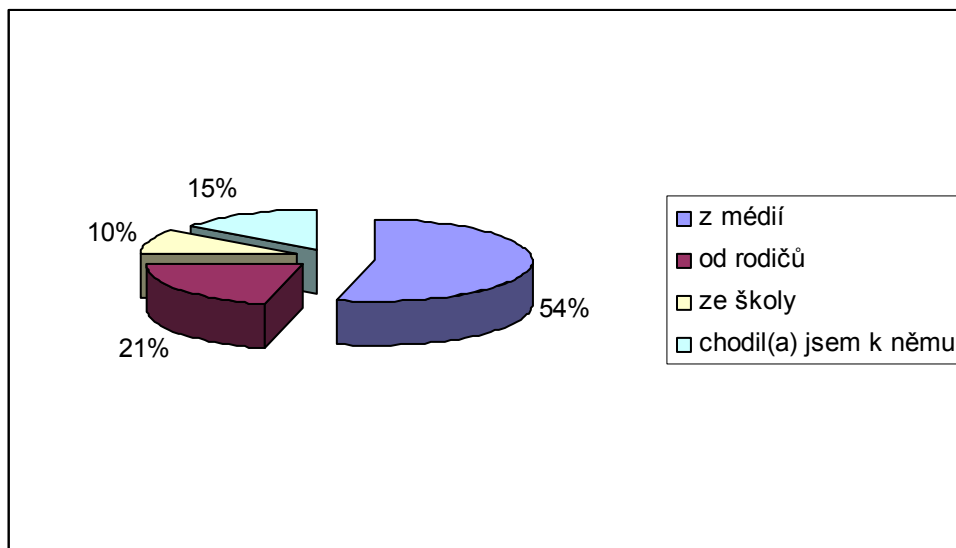
Tabulka 4 (k otázce 4). Informovanost o psychologovi.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	157	92,4	92,4	92,4
ne	13	7,6	7,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Kdo je to psycholog vědělo celkem 92% dětí, pouze 8% dětí uvedlo, že neví, kdo to psycholog je.

Graf 6 (k otázce 4). Zdroje, ze kterých se děti dozvěděly, kdo je to psycholog.



Zdroj: vlastní výzkum

54% dětí se s tím, kdo je to psycholog seznámilo z médií (televize, internet), 21% od rodičů, 10% ze školy a 15% dětí s ním již mělo osobní zkušenost.

Znalost sociálního pracovníka.

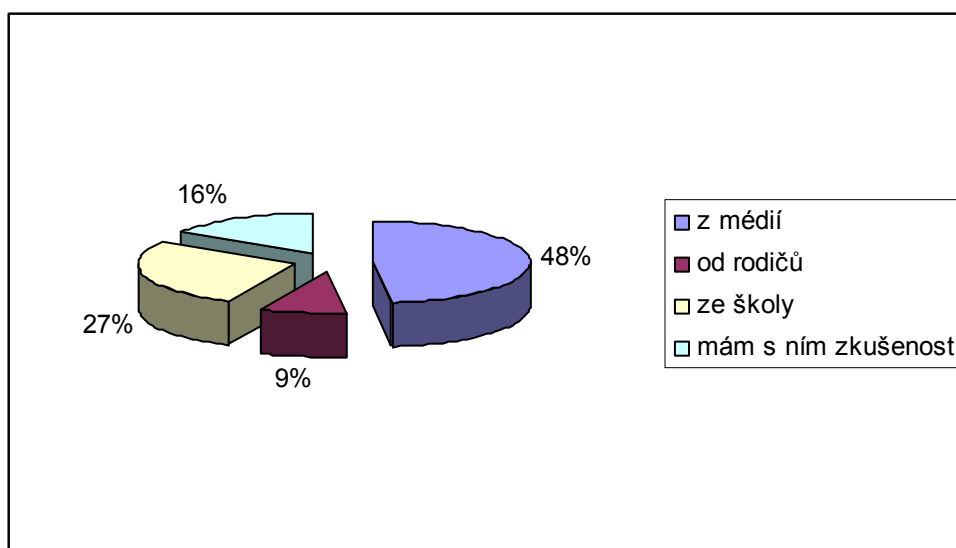
Tabulka 5 (k otázce 5). Informovanost o sociálním pracovníkovi.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	98	57,6	57,6	57,6
	ne	72	42,4	42,4	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

58% dětí uvedlo, že ví, kdo je to sociální pracovník, 42% dětí uvedlo, že toto neví.

Graf 7 (k otázce 5). Zdroje ze kterých se děti dozvěděly, kdo je to sociální pracovník.



Zdroj: vlastní výzkum

48% dětí udávalo, že ví o tom, kdo je to sociální pracovník z médií (televize, internet), 9% od rodičů, 27% ze školy a 16% dětí s ním mělo již osobní zkušenost.

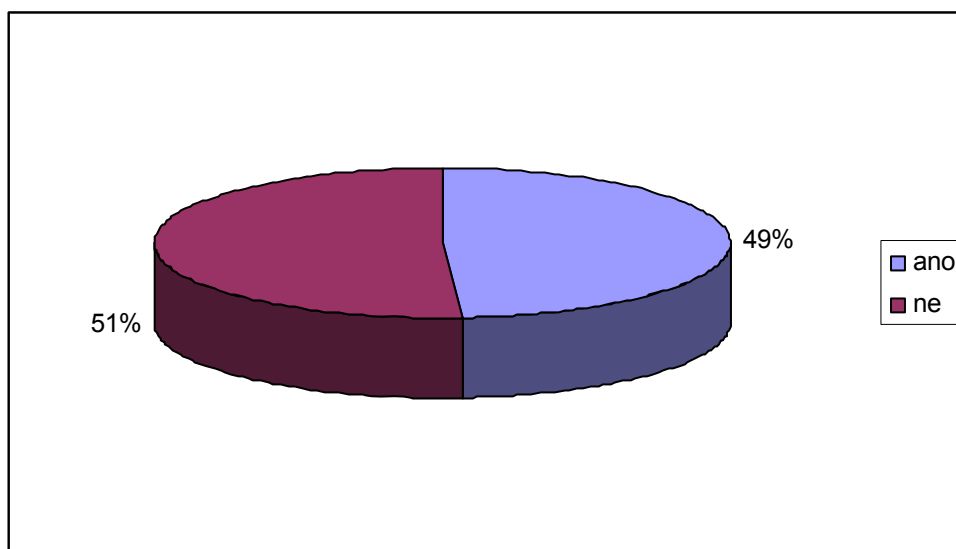
Informovanost dětí o psychosociálních zařízeních

Tabulka 6.(k otázce 6). Informovanost o existenci psychosociálních zařízení pro děti.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	83	48,8	48,8	48,8
	ne	87	51,2	51,2	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 8. (k otázce 6). Informovanost o existenci psychosociálních zařízení pro děti.



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky ukazují, že 49% dětí je informováno o existenci psychosociálních zařízení pro děti, zbývajících 51% nikoli. V otázce nebylo uvedeno konkrétně označení *psychosociální zařízení*, ale pro lepší srozumitelnost dětem bylo použito označení *zařízení, které je určeno pro děti a mládež a pomáhá jim s jejich problémy, starostmi nebo jen s tím, jak využít volný čas.*

Znalost konkrétního psychosociálního zařízení.

Tabulka 7 (k otázce 7). Znalost konkrétního psychosociálního zařízení.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	70	41,2	41,2	41,2
ne	100	58,8	58,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky ukazují, že 41% respondentů zná konkrétní psychosociální zařízení, 59% respondentů žádné konkrétní psychosociální zařízení nezná.

Stud z návštěvy psychosociálního zařízení.

Tabulka 8 (k otázce 8). Stud z návštěvy psychosociálního zařízení.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	78	45,9	45,9	45,9
ne	92	54,1	54,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

46% dětí uvedlo, že by se styděly psychosociální zařízení navštívit, pokud by měly nějaký problém. 54% dětí uvedlo, že by se toto zařízení navštívit nestyděly.

Informovanost dětí o možnosti navštívit psychosociální zařízení bez doprovodu rodičů.

Tabulka 9 (k otázce 9). Informovanost o možnosti navštívit psychosociální zařízení sám.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sám	120	70,6	70,6	70,6
s rodiči	50	29,4	29,4	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

71% dětí zvolilo možnost, že do psychosociálního zařízení mohou jít samy, tedy bez doprovodu rodičů. Zbývajících 29% dětí zvolilo možnost, že mohou navštívit psychosociální zařízení pouze v doprovodu rodičů.

Informovanost o bezplatné pomoci psychosociálních zařízení.

Tabulka 10 (k otázce 10). Informovanost o bezplatné pomoci psychosociálních zařízení.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	65	38,2	38,2	38,2
ne	105	61,7	61,7	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se zabývala tím, zda jsou služby v zařízeních pro děti bezplatné, či se za ně musí platit. Možnost, že psychosociální zařízení poskytují své služby bezplatně označilo 62% dětí. Zbývajících 38% dětí označilo možnost, že za služby psychosociálního zařízení budou muset zaplatit.

Názor dětí na existenci povinnosti opakované návštěvy psychosociálního zařízení.

Tabulka 11 (k otázce 11). Existence povinnosti opakované návštěvy psychosociálního zařízení.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	60	35,3	35,3	35,3
ne	110	64,7	64,7	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

35% dětí se domnívá, že pokud jednou vyhledají pomoc, nebo navštíví zařízení pro děti, budou tam potom muset chodit opakovaně. 65% dětí se domnívá, že tuto povinnost mít nebudou.

Důvěra v to, že si pracovník psychosociálního zařízení nechá svěřenou informaci jen pro sebe.

Tabulka 12 (k otázce 12). Důvěra v mlčenlivost psychosociálního pracovníka.

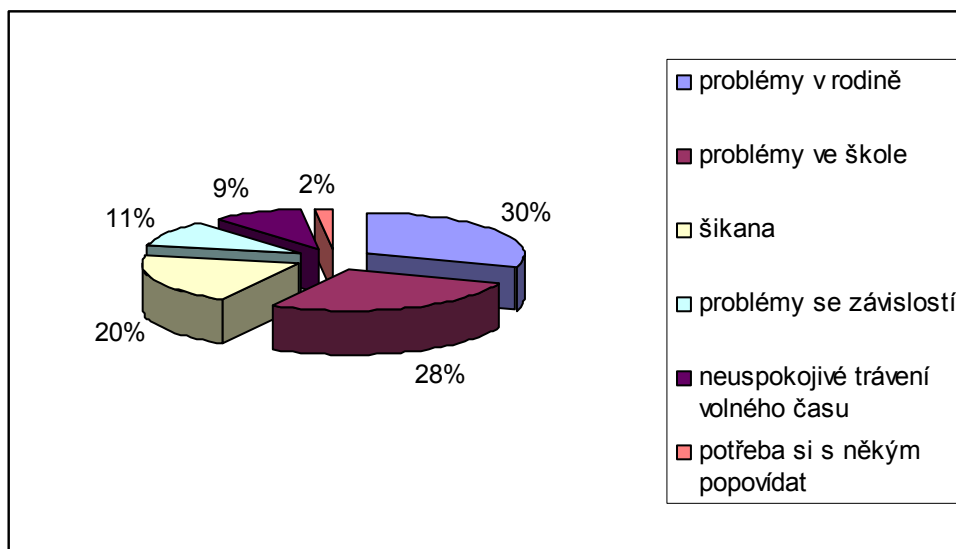
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	63	37,1	37,1	37,1
ne	107	62,9	62,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že 63% dětí by nevěřilo pracovníkovi zařízení pro děti, že si jimi svěřenou informaci nechá jen pro sebe. Zbývajících 37% by tomuto pracovníkovi věřilo.

Situace, ve kterých mohou psychosociální zařízení dětem pomoci.

Graf 9 (k otázce 13). V jakých situacích pomáhají psychosociální zařízení dětem.



Zdroj: vlastní výzkum

Děti dostaly na výběr různé situace a měly z nich označit tři, ve kterých by jim psychosociální zařízení podle jejich názoru pomohlo. Nejvíce dětí, 30%, označilo problémy v rodině, dále 28% problémy ve škole, 20% označilo šikanu, 11% problémy se závislostí na alkoholu, drogách, automatech atd., 9% označilo pomoc při neuspokojivém trávení volného času a 2% dětí označilo, že jim zařízení pomůže, když budou potřebovat někomu se vypovídat.

Znalost jednotlivých zařízení v Českých Budějovicích

Tabulka 13 (k otázce 14). Znalost zařízení Archa.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	7	4,1	4,1	4,1
ne	163	95,9	95,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 14 (k otázce 14). Znalost Domu dětí a mládeže

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	134	78,8	78,8	78,8
ne	36	21,2	21,2	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 15 (k otázce 14). Znalost Fondu ohrožených dětí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	26	15,3	15,3	15,3
ne	144	84,7	84,7	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 16 (k otázce 14). Znalost občanského sdružení Pelíšky.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	4	2,4	2,4	2,4
ne	166	97,6	97,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 17 (k otázce 14). Znalost Krizového centra pro děti a rodinu v Jihočeském kraji

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	18	10,6	10,6	10,6
ne	152	89,4	89,4	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 18 (k otázce 14). Znalost kulturně vzdělávacího centra Pansofie.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	2	1,2	1,2	1,2
ne	168	98,8	98,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 19 (k otázce 14). Znalost M- centra Máj.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	16	9,4	9,4	9,4
ne	154	90,6	90,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 20 (k otázce 14). Znalost nízkoprahového zařízení pro děti a mládež Srdíčko (Jiloro) při Městské charitě.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	33	19,4	19,4	19,4
ne	137	80,6	80,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 21 (k otázce 14). Znalost občanského sdružení Nevo dživipen.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	7	4,1	4,1	4,1
ne	163	95,9	95,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 22 (k otázce 14). Znalost Salesiánského hnutí mládeže.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	5	2,9	2,9	2,9
ne	165	97,1	97,1	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 23 (k otázce 14). Znalost Salesiánského střediska mládeže.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	12	7,1	7,1	7,1
ne	158	92,9	92,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 24 (k otázce 14). Znalost Sdružení dětí a mládeže.

	Frequency	Percent	VCalid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	20	11,8	11,8	11,8
ne	150	88,2	88,2	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 25 (k otázce 14). Znalost Střediska výchovné péče.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	16	9,4	9,4	9,4
ne	154	90,6	90,6	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 26 (k otázce 14). Znalost střediska Ymca.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	2	1,2	1,2	1,2
ne	167	98,2	98,2	100,0
Total	169	99,4	100,0	
Missing System	1	,6		
Total	170	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 27 (k otázce 14). Znalost K-centra.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	3	1,8	1,8	1,8
ne	166	97,6	98,2	100,0
Total	169	99,4	100,0	
Missing Systém	1	,6		
Total	170	100,0		

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 28 (k otázce 14). Znalost zařízení Rubicon.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	7	4,1	4,1	4,1
ne	163	95,9	95,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulky 13 až 28 se vztahují k otázce 14, která se týká znalosti jednotlivých zařízení v Českých Budějovicích. Dětem byla nabídnuta jednotlivá zařízení a měly označit, která z nich znají. Nejvíce byl dětem znám Domov dětí a mládeže se 79%, protože sem děti docházejí na různé kroužky. Archu znaly 4% , Fond ohrožených dětí 15%, občanské sdružení Pelíšky 2%, Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji 11%, kulturně vzdělávací centrum Pansofie 1%, M – centrum Máj 9%, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Srdíčko (Jiloro) 19%, občanské sdružení Nevo dživipen 4%, Salesiánské hnutí mládeže 7%, Salesiánské středisko mládeže 7%, Sdružení dětí a mládeže 12%, Středisko výchovné péče 9%, středisko Ymca 1%, K – centrum pro drogově závislé 2% a Rubicon 4% dětí.

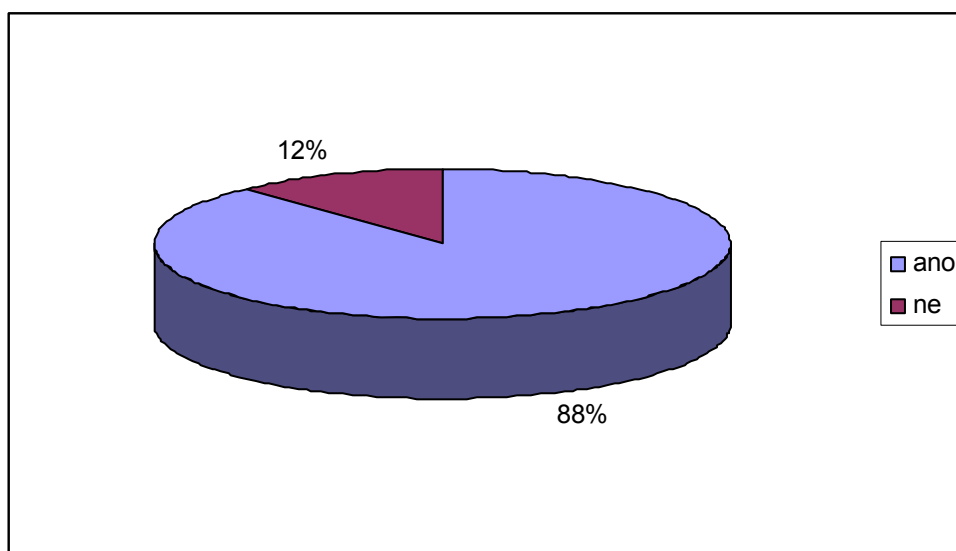
Znalost Linky důvěry

Tabulka 29 (k otázce 15). Znalost Linky důvěry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	150	88,2	88,2	88,2
ne	20	11,8	11,8	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 (k otázce 15). Znalost Linky důvěry.



Zdroj: vlastní výzkum

88% dětí uvedlo, že zná Linku důvěry, 12% dětí uvedlo, že ji nezná.

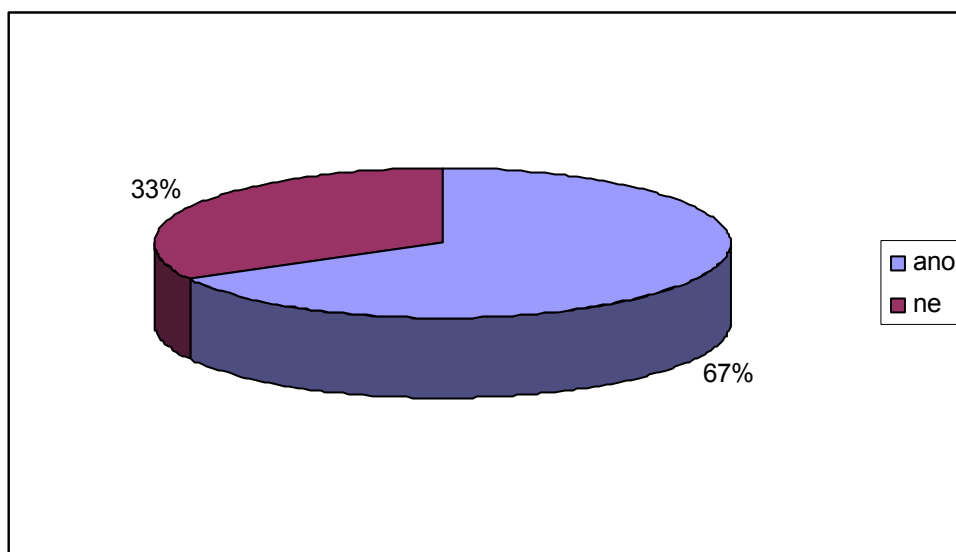
Znalost telefonního čísla, na které se lze obrátit v případě nouze.

Tabulka 30 (k otázce 16). Znalost konkrétního telefonního čísla.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	114	67,1	67,1	67,1
ne	56	32,9	32,9	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 (k otázce 16). Znalost konkrétního telefonního čísla.



Zdroj: vlastní výzkum

V případě, že by děti potřebovaly pomoc nebo radu, 67% z nich by znalo konkrétní telefonní číslo na které by se mohly obrátit. Zbývajících 33% dětí by toto číslo neznalo.

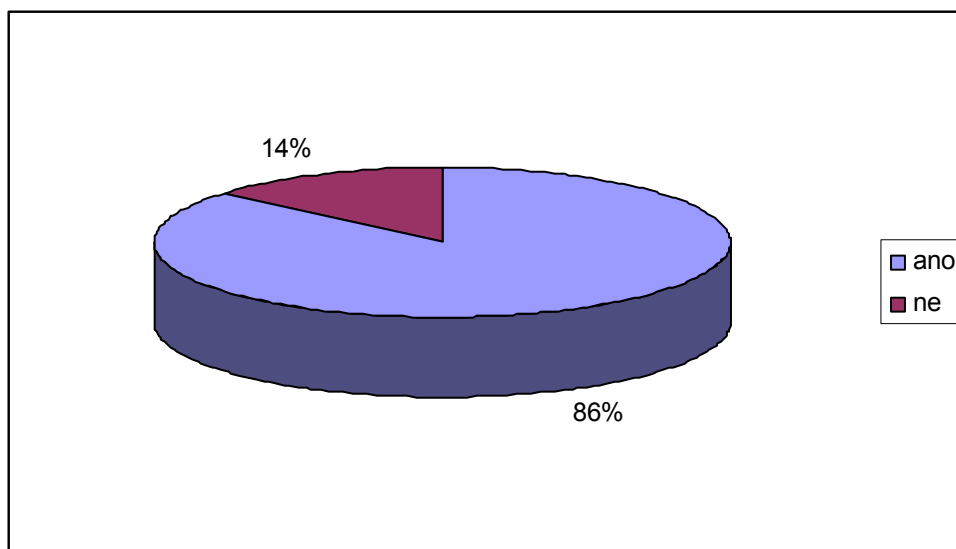
Názor dětí na důležitost psychosociálních zařízení.

Tabulka 31 (k otázce 17). Důležitost psychosociálních zařízení pro děti.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	147	86,5	86,5	86,5
	ne	23	13,5	13,5	100,0
	Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 (k otázce 17). Důležitost psychosociálních zařízení pro děti.



Zdroj: vlastní výzkum

86% dětí zastává názor, že jsou psychosociální zařízení pro děti důležitá, zbývajících 14% dětí si myslí, že tato zařízení důležitá nejsou.

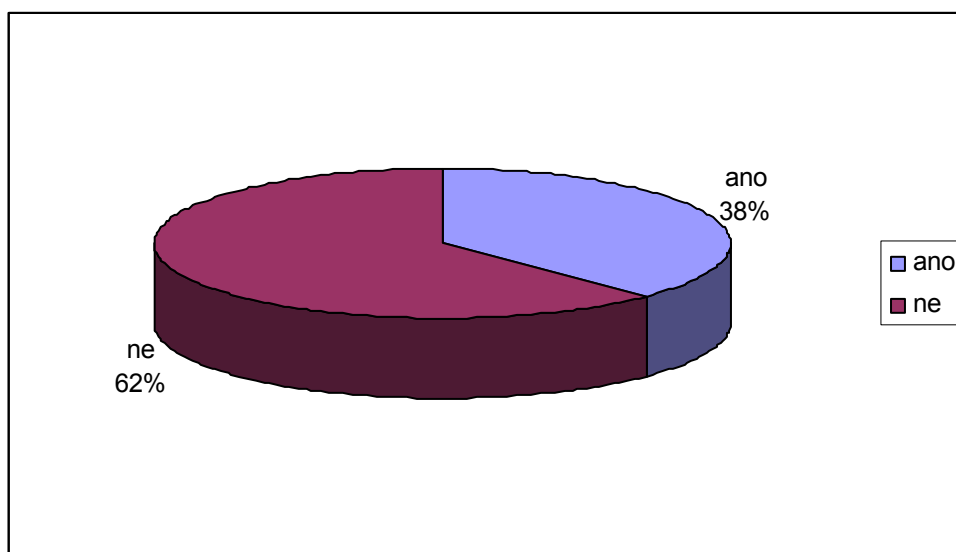
Absolvování preventivní přednášky v rámci školy o tom, kde a u koho hledat pomoc v případě nějaké tíživé životní situace.

Tabulka 32 (k otázce 18). Absolvování preventivní přednášky.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	64	37,6	37,6	37,6
ne	106	62,4	62,4	100,0
Total	170	100,0	100,0	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13 (k otázce 18). Absolvování preventivní přednášky.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka se týkala toho, zda děti někdy v rámci školy absolvovaly preventivní přednášku na téma, jak se zachovat, případně kde a u koho hledat pomoc v případě, že by se ocitly v nějaké tíživé životní situaci. Výsledky ukazují, že 62% dětí tuto přednášku nikdy neabsolvovalo, 38% dětí ano.

Vícerozměrná statistika

Statistická analýza dat zahrnovala dále vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Pro potřeby práce jsou zde uvedeny pouze výsledky, které byly statisticky významné a byly ověřeny na hladině významnosti 0,05.

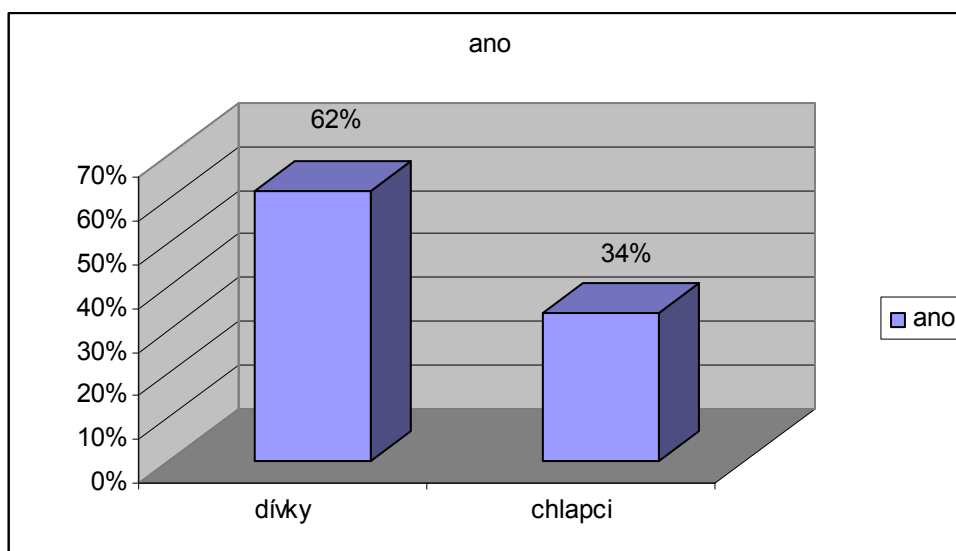
Vztah proměnných: pohlaví X informovanost o psychosociálních zařízeních

Tabulka 33. Vztah mezi pohlavím a mírou informovanosti dětí o existenci psychosociálních zařízení.

		Informovanost o existenci psychosociálního zařízení		Total
		ano	ne	
Pohlaví	dívka	56	34	90
	chlapec	27	53	80
Total		83	87	170

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14. Vztah mezi pohlavím a mírou informovanosti dětí o existenci psychosociálních zařízení.



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků vyplývá, že informovanost dívek o psychosociálních zařízeních je podstatně větší než u chlapců. 62% dívek uvedlo, že ví o existenci psychosociálních zařízení, z chlapců vědělo o existenci psychosociálních zařízení jen 34%.

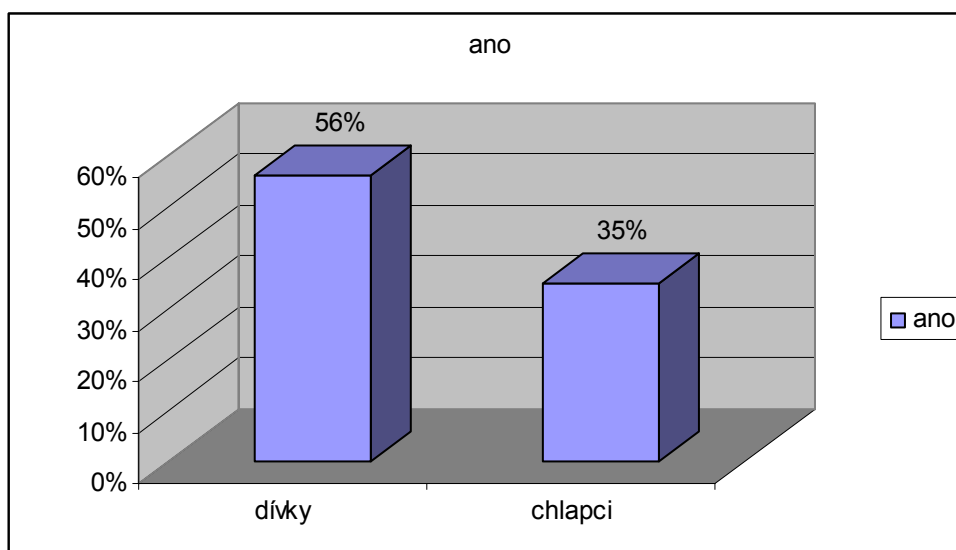
Vztah proměnných: pohlaví X stud z návštěvy psychosociálního zařízení

Tabulka 34. Vztah mezi pohlavím a studem z návštěvy psychosociálního zařízení.

		Stud		Total
		ano	ne	
Pohlaví	dívka	50	40	90
	chlapec	28	52	80
Total		78	92	170

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15. Stud z návštěvy psychosociálního zařízení.



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkum ukazuje, že stud by statisticky významně bránil v návštěvě psychosociálního zařízení dívkám ve větší míře než chlapcům. Stydělo by se 56% dívek a 35% chlapců.

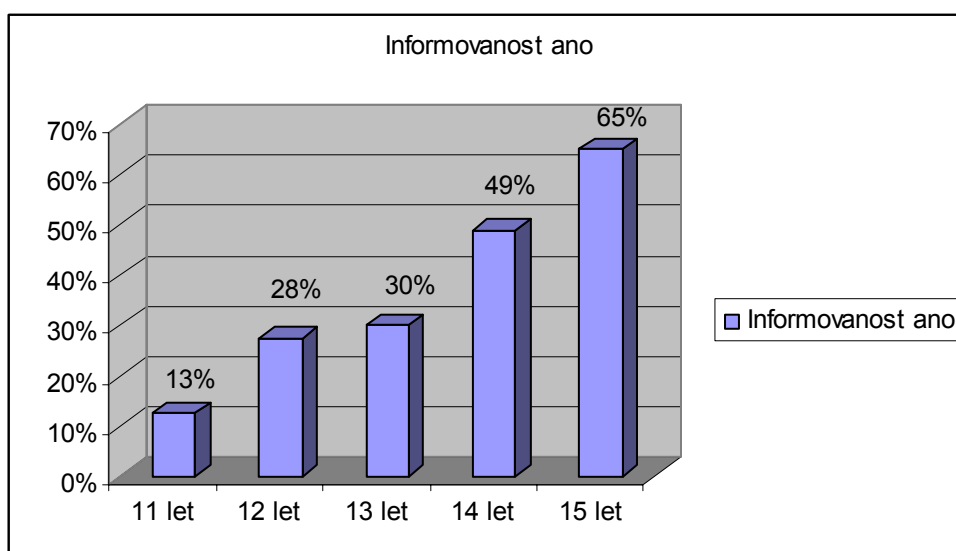
Vztah proměnných: věk X informovanost o existenci psychosociálních zařízení.

Tabulka 35. Věk a informovaností dětí o psychosociálních zařízení.

		Znalost zařízení		Total
		ano	ne	
Věk	11,00	1	7	8
	12,00	8	21	29
	13,00	14	33	47
	14,00	27	28	55
	15,00	20	11	31
Total		70	100	170

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16. Věk a informovanost dětí o psychosociálních zařízení.



Zdroj: vlastní výzkum

Výsledky ukazují, že informovanost o psychosociálních zařízeních u dětí s věkem statisticky významně stoupala. Informovanost u starších dětí byla podstatně větší než u dětí mladších. O existenci psychosociálních zařízení bylo informováno 13% jedenáctiletých dětí, 28% dvanáctiletých dětí, 30% třináctiletých dětí, 49% čtrnáctiletých dětí a 65% patnáctiletých dětí.

4.3. Výsledky řízeného rozhovoru

Cílem řízeného rozhovoru, vedeného se zástupci českobudějovických psychosociálních zařízení, bylo zjistit množství preventivních aktivit na základních školách, které mají dětem ukázat, kam se obrátit, případně kde a u koho hledat pomoc v případě, že se ocitnou v nějaké tíživé životní situaci. Ze 13 psychosociálních zařízení v Českých Budějovicích provádějí tyto aktivity na základních školách pouze 3 zařízení. To také potvrzují odpovědi dětí, ze kterých vyplývá, že pouze 38% dětí prodělalo v rámci školy preventivní přednášku na toto téma.

5. Diskuse

Dětství patří mezi nejkrásnější etapy lidského života. Je to ovšem také období, kdy je člověk nejvíce důvěřivý, bezbranný a ve velké míře odkázaný na pomoc svého nejbližšího okolí. Vedle bezproblémových dětí žijí v našem okolí i děti, které by potřebovaly pomoc, radu nebo by si jen chtěly s někým popovídat, popřípadě trávit aktivněji svůj volný čas. Pokud se mohou obrátit na rodiče nebo blízké okolí, tak je to dobré, pokud to ale z nějakého důvodu nejde, je to vždy problém. Každé dítě by mělo vědět, kam se může obrátit a kde mu jeho problém pomohou vyřešit. Výsledky výzkumu ale ukazují, že tomu tak není. První hypotéza výzkumu zněla, že informovanost dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích je nedostačující. Tato hypotéza byla potvrzena.

Výzkum byl proveden na 170 dětech ve věku od 11 do 15 let. Z těchto 170 respondentů bylo 90 děvčat a 80 chlapců. 145 dětí pocházelo přímo z Českých Budějovic.

Jedlička (2003) uvádí, že děti nevyužívají sítě podpůrných nabídek proto, že nedovedou či nemohou rozpoznat službu vhodnou a přiměřenou jejich situaci, popřípadě o možné pomoci vůbec nevědí či o ní mají mylné informace. S tímto tvrzením se výsledky výzkumu zcela shodují. 51% dětí nevědělo o existenci psychosociálních zařízení vůbec. Znalost zařízení však byla podstatně větší u děvčat. 62% děvčat odpovědělo, že ví o existenci psychosociálních zařízení, u chlapců to bylo pouhých 34%.

Dále bylo dětem nabídnuto 16 zařízení, která se nacházejí v Českých Budějovicích. Z této nabídky však děti znaly ve větší míře pouze Dům dětí a mládeže (79% všech dětí), protože zde navštěvují různé zájmové kroužky. Fond ohrožených dětí, který zde v Českých Budějovicích má jednu ze svých poboček, byl znám již jen pouhým patnácti procentům dětí, a to především z médií. Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji znalo jen 11% dětí, a to především ze školy a od rodičů. Poměrně dobře se ještě s 19% umístilo nízkoprahové zařízení pro děti a rodinu – Srdíčko (Jiloro). Znalost ostatních nabídnutých zařízení byla mizivá. U dětí, které

nepocházely přímo z Českých Budějovic, nebyla znalost těchto zařízení menší, než u dětí, které z Českých Budějovic pocházely. Toto zjištění ještě více utvrzuje v tom, že děti opravdu o zařízeních, která jsou určena pro ně, nemají téměř žádné informace, i když se tato zařízení nacházejí v místě jejich bydliště.

Výzkum se dále zaměřoval na znalost odborných pracovníků psychosociálních zařízení. Kdo je to psycholog uvedlo 92% dětí, sociálního pracovníka znalo již jen 58% dětí. Naprostá většina dětí uváděla, že se o nich dozvěděly z televize. Ale překvapivé bylo také poměrně vysoké procento dětí, které psychologa i sociálního pracovníka znaly ze své vlastní zkušenosti.

Podle Jedličky (2003) má značný vliv na neproduktivní postoje k pomáhajícím institucím i to, jakým způsobem bývají služby koncipovány, jak se prezentují a jaké nároky kladou na mladé lidi hledající psychologickou pomoc a sociální oporu. Rozhodující je i vnitřní atmosféra a fakt, jak bezpečné prostředí jsou pracovníci určité instituce schopni zajistit. Není to jen možnost anonymity či zřetelné ochrany práv a zájmů nezletilých klientů, ale i zajištění potřebné intimity a důvěrnosti. Mnoho pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků se jistě setkalo s požadavkem „ať to, co vám teď povím, zůstane pouze mezi námi“, což je nárok, na kterém dospělí již tak často a zřetelně netrvají.

I toto tvrzení se shoduje s výsledky výzkumného šetření. 63% dětí uvedlo, že nebude pracovníkovi psychosociálního zařízení věřit to, že si svěřenou informaci nechá jen pro sebe. Hodně dětí také uvádělo, že záleží na tom, jak bude pracovník vypadat, jak se k nim bude chovat a v jakém prostředí se rozhovor bude odehrávat. Pracovníkovi zařízení pro děti by tedy věřilo pouze 34% dívek a 40% chlapců. Větší důvěru by podle výzkumu získal psychosociální pracovník u dětí jedenácti a dvanáctiletých než u dětí starších.

Další překážkou v návštěvě psychosociálních zařízení může být v některých případech i stud. 46% dětí uvedlo, že pokud by potřebovaly pomoc nebo radu, styděly by se psychosociální zařízení navštívit. Markantní to bylo především u dívek – stydělo by se jich celých 56%, na rozdíl od chlapců, kterých by se stydělo pouze 35%. Myslím si, že tento problém také souvisí s nedostatečnou informovaností o daných službách.

Kdyby děti byly více informovány, znaly některá konkrétní zařízení, byl by podle mého názoru jejich stud podstatně menší.

Další otázkou je doprovod rodičů do zařízení tohoto typu. 29% dětí si myslí, že do psychosociálních zařízení se může jít jenom v doprovodu rodičů. Tento názor zastávaly především menší děti. Děti by měly mít přehled o tom, že do zařízení, které je pro ně určeno, mohou přijít i samy.

Dále se výzkum zaměřil na to, zda si děti myslí, že když jednou navštíví zařízení na pomoc dětem, budou mít potom povinnost toto zařízení navštěvovat pravidelně. 35% dětí si myslí, že tuto povinnost mít budou. I tato záležitost může některé děti odradit od návštěvy psychosociálního zařízení.

Výzkum se zabýval také tím, zda se za služby poskytované v těchto zařízeních musí platit. 38% dětí se domnívá, že pokud jim v zařízení pomohou, budou za tuto pomoc potom muset zaplatit. Tato domněnka se vyskytovala převážně u dětí jedenácti a dvanáctiletých.

Další část výzkumu se zaměřila na to, s čím vlastně mohou psychosociální zařízení dětem pomoci. Špatenková (2004) poukazuje na některé náročné situace v životě dítěte, ve kterých by některé děti potřebovaly pomoc psychosociálních zařízení. Jsou to situace jako narození sourozence, nemoc dítěte, nemoc jiného člena rodiny, odloučení dětí od rodičů, adopce, umístění dítěte do ústavního zařízení, týrání a zneužívání dítěte, rozvod či rozchod rodičů, smrt rodičů nebo jiných blízkých osob apod. Děti dostaly z tohoto výčtu na výběr a měly označit tři situace. Nejvíce dětí označilo, že jim psychosociální zařízení pomohou s problémy v rodině, dále pak s problémy ve škole a se šikanou. Potřeba si s někým popovídat skončila až na posledním místě. Je důležité, aby děti věděly, že se mohou obrátit na zařízení s jakýmkoli problémem a pracovníci zařízení jim rádi pomohou, vždyť jsou tady pro ně.

Výzkum dále zkoumal to, zda děti vědí o možnosti telefonické krizové intervence – tedy o tzv. linkách důvěry.

Jak uvádí Elliotová (2000), z počtu dětí, které telefonují na linky důvěry, je zřejmé, kolik jich cítí potřebu s někým si promluvit o celé řadě otázek. I když bychom očekávali, že si raději budou chtít popovídat o svých problémech a starostech s někým,

koho dobře znají, jak je vidět, není to vždy možné. V některých případech, když dítě bije nebo jinak zneužívá některá dospělá osoba přímo z rodiny, může dítěti připadnout zhora nemožné svěřit se komukoli jinému než právě lince důvěry. Jindy si takové dítě může chtít prostě jen popovídat o některém svém problému s někým mimo rodinu. Linky důvěry mohou též působit jako jakýsi prozatímní krok na cestě dětí při hledání pomoci.

S Elliotovou lze jediné souhlasit, neboť linky důvěry jsou u dětí velice známé a jak se zdá i častým zdrojem pomoci. Linka důvěry byla známa celkem 88% dětí. 67% dětí dokonce znalo konkrétní číslo, kam se obrátit v případě, že by potřebovaly pomoc nebo radu. Alespoň toto zjištění je uklidňující. Když budou mít děti nějaké problémy, zavolají a vyškolení profesionálové na linkách důvěry jim buď pomohou přímo nebo je přesměrují na další specializovaná pracoviště, kde se o děti postarají.

Předposlední otázka se soustředila na to, zda jsou psychosociální zařízení pro děti důležitá a proč. Celkem 86% dětí si myslí, že jsou zařízení pro děti důležitá. V této otázce se děti rozepsaly o něco více, některé psaly i o svých konkrétních problémech. Některé názory a příběhy byly úsměvné, jiné byly naopak velmi smutné a děti, které je psaly by opravdu potřebovaly a uvítaly odbornou pomoc. Možná je tento výzkum motivuje a přivede na myšlenku vyhledat pomoc nějakého zařízení, kde jim pomohou. Zde cituji některé názory dětí, o tom, proč jsou zařízení pro děti důležitá:

- *protože se hodně dětem ubližuje*
- *protože každé dítě se může dostat do situace, kdy neví jak dál*
- *protože některým dětem nemá kdo pomoci*
- *zařízení dají dětem důležité rady*
- *protože děti by mohly udělat nějakou hloupost*
- *aby se děti dokázaly vyrovnat s některými problémy*
- *aby si děti mohly s někým popovídat*
- *některé děti mají zlé rodiče, kteří jim ubližují, jako já*
- *některé děti se nemají komu svěřit*
- *pokud rodiče děti bijí, tak je jim třeba pomoci*
- *mohou jim pomoci, aby třeba nespáchaly nějaký zločin*

- *vezmu to podle sebe, nudím se a dělám hlouposti je spousta stresu a nevím, jak dál*
- *některé děti se nemají kam obrátit*
- *některé děti by se mohly zhroutit*
- *aby byly děti šťastné*
- *aby děti nespáchaly sebevraždu*
- *protože by děti měly být bez depresí a klidné*
- *aby se dětem ulevilo od jejich problémů*
- *když je dítě v krizi, tak aby se mohlo na někoho obrátit a neudělalo nějakou hloupost*
- *některé děti mají problémy s kouřením a alkoholem*
- *aby z nich nevyrostly zlí lidé*
- *některé děti jsou na tom psychicky špatně*
- *některé děti jsou třeba na vozíčku a potřebují pomoc*
- *mohou v nich trávit volný čas a najít si nové kamarády.*

Tyto názory přesvědčují o tom, že děti nad daným tématem opravdu přemýšlely, zajímalo je a našly i ve svém životě určité problémy.

Poslední část výzkumu se týkala toho, zda měly děti někdy v rámci školní docházky preventivní přednášku o tom, kam se obrátit, případně kde a u koho hledat pomoc v případě, že se ocitnou v nějaké tíživé životní situaci. Výsledky byly znepokojující, 62% dětí uvedlo, že tuto přednášku v rámci školy nikdy neabsolvovalo.

Toto potvrdili i zástupci psychosociálních zařízení v Českých Budějovicích. Ze 13 tázaných provozují tyto aktivity pouze tři zařízení a to většinou na požádání školy.

K tomu, aby se děti lépe orientovaly v síti psychosociálních zařízení, by měly podle mého názoru přispět především školy. Samozřejmě i zařízení by se mohla více zviditelnit, například vydáváním informativních letáků, pořádáním informativních akcí apod. Všechna zařízení také ještě nemají internetové stránky a internet je v současné době jeden ze základních zdrojů, co se získávání informací týče. Určitě by pomohlo i výraznější označení budovy. Já sama jsem měla problémy určitá zařízení najít. Přesto si

myslím, že v tomto věku působí na děti v největší míře právě škola. Optimální by bylo , kdyby školy tak jednou ročně pozvaly pracovníka některého ze zařízení, která se starají o děti, aby dětem pověděl něco o tom, kam se obrátit popřípadě kde a u koho hledat radu nebo pomoc, když to budou potřebovat. Prospěšné by bylo, kdyby děti nějaké takové zařízení mohly například v rámci občanské nauky navštívit, podívat se, jak to v něm chodí, popovídat si s pracovníky tohoto zařízení o otázkách, které je zajímají apod. Další možnost by byla také v podávání informací prostřednictvím peer programů, kdy by skupina vrstevníků dětí působila v oblasti primární prevence. Myslím, že by děti raději poslouchaly svého vrstevníka a jeho názory na daný problém než jiného přednášejícího.

Děti mají právo na šťastné a bezpečné dětství a my všichni bychom jim měli umět natolik poradit a pomoci, aby ho takové skutečně měly.

6. Závěr

Lidský život je běžně plný nejrůznějších obtíží a překážek. Když mají problémy dospělí, dokáží si s nimi poradit, vědí kam se obrátit a kde vyhledat profesionální pomoc. U dětí je to však daleko těžší, většinou nedovedou rozpoznat službu přiměřenou a vhodnou jejich situaci. Většina dětí o možné pomoci vůbec neví nebo o ní mají špatné informace.

Hlavním cílem práce bylo zjistit míru informovanosti dětí o psychosociálních zařízeních v Českých Budějovicích. Kvantitativní sběr dat probíhal formou dotazníků, které byly určeny pro žáky páté, šesté, sedmé, osmé a deváté třídy základní školy. Analýza získaných dat byla poté zpracována v programu SPSS pro PC. Dílčím cílem práce bylo zjistit množství nabízených a realizovaných preventivních aktivit na základních školách, které se věnují danému tématu. Sběr dat v tomto případě probíhal formou řízeného rozhovoru s pracovníky psychosociálních zařízení v Českých Budějovicích.

Výzkumný soubor tvořilo 170 žáků Základní školy v Jírovcově ulici v Českých Budějovicích. Z těchto 170 respondentů bylo 90 dívek a 80 chlapců ve věku od 11 do 15 let.

Výzkumem bylo zjištěno, že více než polovina dětí neví o existenci psychosociálních zařízení vůbec, u děvčat však byla znalost znatelně větší než u chlapců. Z nabídky konkrétních zařízení na území Českých Budějovic neznaly pak děti téměř žádné. Uklidňující je snad jen fakt, že děti ve velké míře znají možnost telefonické krizové intervence – tzv. linky důvěry. Většina dětí věděla i konkrétní telefonní číslo, kam je možné se obrátit v případě, že budou potřebovat pomoc nebo radu.

Alarmující bylo také zjištění, že nadpoloviční většina dětí neměla nikdy v rámci školy preventivní přednášku o tom, jak se zachovat, případně kde a u koho hledat pomoc v případě, že se ocitnou v nějaké problematické životní situaci. Tuto skutečnost potvrdili jak pracovníci českobudějovických psychosociálních zařízení tak i zástupci školy ve které byl výzkum proveden.

K tomu, aby se děti lépe orientovaly v síti psychosociálních zařízení by měly podle mého názoru přispět obě zúčastněné strany – tedy škola i jednotlivá zařízení. Školy by mohly zvát pracovníky těchto zařízení, aby dětem o tomto problému něco pověděli, nebo by dětem mohly zajistit přímo návštěvu takového zařízení, což by mělo asi největší efekt. Jednotlivá zařízení by se mohla zviditelnit vydáváním informativních letáků, pořádáním informativních akcí, založením internetových stránek (všechna zařízení nemají své stránky) nebo jenom výraznějším označením budovy.

Závěrem lze konstatovat, že hlavní i dílčí cíl práce byly naplněny a obě hypotézy byly potvrzeny.

Práce by mohla pomoci veřejnosti v lepší orientaci v síti psychosociálních služeb pro děti a zároveň by také chtěla apelovat na veřejnost, aby došlo ke zkvalitnění preventivních aktivit věnovaných danému tématu.

7. Seznam použitých zdrojů

BALCAR, K., LANGMEIER, J., ŠPITZ, J. a kol. *Dětská psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2000. 432 s. ISBN 80-7178-381-1.

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [22.12.2005] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace1.pdf>>.

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2 (01 0197): část 2 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. [22.12.2005] Dostupné z <<http://boldis.cz/citace2.pdf>>.

ČESKÁ ASOCIACE STREETWORK. *Nízkoprahový klub pro děti a mládež*. [online]. Zář 2006. [cit. 2007-2-08]. Dostupné z: <<http://www.streetwork.cz/>>.

DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.

DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., DUNOVSKÝ, J. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.

ELLIOTT, J., PLACE, M. *Dítě v nesnázích (Prevence, příčiny, terapie)*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.

ELLIOTOVÁ, M. *Jak ochránit své dítě*. 3. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-419-2.

GJURIČOVÁ, Š. a kol. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 184 s. ISBN 80-247-0415-3.

HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 176 s. ISBN 80-7178-927-5.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 224 s. ISBN 80-7178-889-9.

JEDLIČKA, R., KLÍMA, P., KOŤA, J. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích*. 1. vyd. Praha: Themis, 2004. 478 s. ISBN 80-7312-038-0.

KÖHLER, E. L. New Developments in Science and Practice: Influences on Child Protection. In *ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect*. 11-14 September, 2005 Berlin, Germany.

KOVÁRNÁ, Š. *Práce s dětmi a mládeží*. [online]. Únor, 2007. [cit. 2007-02-05]. Dostupné z : < <http://www.c-budejovice.cz/cz/04/socialwork/20060605.htm>>.

KREJČÍŘOVÁ, D., SVOBODA, M., VÁGNEROVÁ, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.

Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji. [online]. Leden, 2003. [cit. 2007-02-05]. Dostupné z : < <http://www.ditevkrizi.cz/>>.

KROFTOVÁ, A., MATOUŠEK, O. *Mládež a delikvence*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 336 s. ISBN 80-7178-226-2.

KVĚTENSKÁ, D., ŠANDEROVÁ, R. *Kde hledat pomoc v krizových situacích?* [online]. Únor, 2007. [cit. 2007-03-5]. Dostupné z : < <http://www.mvcr.cz/aktualit/regiony/hradec/prevence/kontakty/html>>.

LABÁTH, V. a kol. *Riziková mládež*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 160 s. ISBN 80-85850-66-4.

MACEK, P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.

MATĚJČEK, Z. *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 112 s. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, Z. a kol. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 152 s. ISBN 80-7178-637-3.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

NOVOTNÁ, V. Právo a rodina. *Opatrovnictví – co v praxi znamená?* Leden 2007, č. 1, s. 11 -16.

PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4.

PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999. 188 s. ISBN 80-86103-21-8.

RONENOVÁ, T. *Psychologická pomoc dětem v nesnázích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 160 s. ISBN 80-7178-370-6.

SMITH, H. *Děti a rozvod*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 184 s. ISBN 80-7178-906-2.

SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize (psychologický a sociologický fenomén)*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.

TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7178-503-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 116 s. ISBN 80-247-0814-0.2.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, edice pedagogické literatury, 2004. 464 s. ISBN 80-7315-071-9.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

VRTBOVSKÁ, P. Moderní pojetí sociální práce s rodinami a dětmi v obtížné rodinné situaci. *Sociální práce*. Leden 2006, č 1., s. 38-46.

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

8. Klíčová slova

ohrožené dítě

rizikové dítě

psychosociální zařízení pro děti

informovanost dětí

9. Přílohy

Seznam příloh

- Příloha 1: Dotazník
- Příloha 2: Přehled základních dokumentů, které se týkají práv dětí
- Příloha 3: Pedagogicko psychologická poradna České Budějovice
- Příloha 4: Středisko výchovné péče České Budějovice
- Příloha 5: Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy v Českých Budějovicích
- Příloha 6: Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji
- Příloha 7: Linka důvěry České Budějovice
- Příloha 8: Salesiánské středisko mládeže v Českých Budějovicích
- Příloha 9: Dům dětí a mládeže v Českých Budějovicích
- Příloha 10: Nízkoprahové centrum pro děti a mládež - Srdíčko (Jiloro)
- Příloha 11: Nevo dživipen České Budějovice
- Příloha 12: Fond ohrožených dětí – pobočka České Budějovice
- Příloha 13: Sdružení dětí a mládeže v Českých Budějovicích
- Příloha 14: Občanské sdružení Pelíšky České Budějovice
- Příloha 15: Středisko Ymca České Budějovice
- Příloha 16: Přehled preventivních přístupů

Příloha 1

Dotazník pro žáky druhého stupně základní školy

Dobrý den, jmenuji se Lenka Nečaslová a jsem studentkou 5. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych tě požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je anonymní a bude sloužit pro vypracování mé diplomové práce, která se týká dětí a zařízení pro ně určených. Dotazník obsahuje celkem 18 otázek. U některých zakroužkuj správnou odpověď, u jiných vypiš svůj názor. Předem děkuji.

1. Jsi: Dívka – Chlapec

2. Kolik je ti let?

3. Bydlíš přímo v Českých Budějovicích? ANO – NE

4. Víš, kdo je to psycholog? ANO – NE
Pokud jsi odpověděl(a) ANO, odkud to víš?

5. Víš, kdo je to sociální pracovník? ANO – NE
Pokud jsi odpověděl(a) ANO, odkud to víš?

6. Věděl(a) jsi, že existují taková zařízení, která jsou určena pro děti a mládež a pomáhají jim s jejich problémy, starostmi nebo jenom s tím, jak využít volný čas? ANO – NE

7. Znáš nějaké takové zařízení? ANO – NE

8. Kdybys potřeboval(a) pomoc nebo radu, styděl(a) by ses takové zařízení pro děti navštívit? ANO – NE

9. Myslíš si, že do takového zařízení pro děti můžeš jít sám(a) nebo jenom v doprovodu rodičů? ANO(sám) – NE(jen s rodiči)

10. Myslíš si, že za pomoc, kterou poskytují zařízení pro děti se musí platit?

ANO – NE

11. Myslíš si, že pokud jednou vyhledáš pomoc od zařízení pro děti, budeš tam potom muset chodit opakovaně?

ANO – NE

12. Představ si, že jsi se pracovníkovi zařízení pro děti svěřil(a) s nějakou moc důležitou věcí. Budeš mu věřit, že si to nechá jen pro sebe?

ANO – NE

13. S jakými situacemi ti může podle tvého názoru zařízení pro děti pomoci? Zakroužkuj maximálně 3 situace.

- problémy v rodině
- problémy ve škole
- šikana
- problémy se závislostí na alkoholu, cigaretách, drogách či jiných látkách
- neuspokojivé trávení volného času
- potřeba si s někým popovídat
- jiné, vypiš jaké

14. Znáš některé z těchto zařízení? Jestli ano, tak ho zakroužkuj a vedle napiš, jak jsi se o něm dozvěděl(a).

- Archa
- Dům dětí a mládeže
- Fond ohrožených dětí
- Občanské sdružení Pelíšky
- Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji
- Kulturně vzdělávací centrum Pansofie
- M – centrum Máj
- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež – Srdíčko (Jiloro)

- Nevo dživipen
- Salesiánské hnutí mládeže – Klub České Budějovice
- Salesiánské středisko mládeže – Dům dětí a mládeže
- Sdružení dětí a mládeže
- Středisko výchovné péče
- Středisko Ymca
- K-centrum
- Rubicon

(Přílohy 3-15)

15. Víš, co je to Linka důvěry? ANO – NE

16. Znáš nějaké telefonní číslo, na které by ses mohl(a) obrátit v případě, že bys potřeboval(a) pomoc nebo radu? ANO – NE

17. Myslíš, že jsou zařízení na pomoc dětem důležitá? ANO – NE

18. Měl(a) jsi někdy v rámci školy preventivní přednášku o tom, jak se zachovat, případně kde a u koho hledat pomoc v případě, že se ocitneš v nějaké tíživé životní situaci? ANO – NE

Pokud jsi odpověděl(a) ANO, tak přibližně kolikrát?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2

Přehled základních dokumentů, které se týkají práv dětí

Dětská práva jako součást lidských práv jsou mezinárodně uznávána již od roku 1924, kdy Liga národů přijala Deklaraci práv dítěte, která kodifikovala rozvíjející se porozumění společnosti pro potřebu zvláštní ochrany dětí.

Po druhé světové válce byla Liga národů nahrazena Organizací světových národů, která vyhlásila v roce 1946 Všeobecnou chartu lidských práv a v roce 1959 Chartu práv dítěte. Tento dokument však nemohl zajistit plnění jejích principů, protože deklarace nemají právní závaznost. Proto během roku 1979, který byl vyhlášen Mezinárodním rokem dítěte, navrhlo Polsko zpracovat Úmluvu.

Úmluva o právech dítěte byla přijata Valným shromážděním OSN 20. listopadu 1989 a v platnost vstoupila na základě svého článku 49, odst.1 dne 2. září 1990. Pro ČSFR vstoupila v platnost dne 6. února 1991 na základě souhlasu Federálního shromáždění a ratifikace prezidentem a tato platnost přešla dnem 1. ledna 1993 na oba nástupnické státy. Ratifikací se stát stává smluvní stranou Úmluvy a přijímá všechny závazky s ní spojené. Při ochraně dětí je česká republika vázána Listinou základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR. Stát má rovněž plnit závazky přijaté podpisem Světové deklarace o přežití dětí, jejich ochraně a rozvoji, která byla přijata na Světovém summitu o dětech v New Yorku v roce 1990.

Úmluva o právech dítěte odráží a deklaruje základní potřeby dítěte. Ochranou dětí před násilím se zabývá článek 19 a přímo uvádí, že státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, činí všechna potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoli tělesným či duševním násilím, urážením nebo zneužíváním (včetně sexuálního zneužívání), zanedbáváním nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním během doby, kdy jsou v péči jednoho nebo obou rodičů, zákonných zástupců nebo jakýchkoli jiných osob starajících se o dítě (Vaničková, 2004).

Příloha 3

Pedagogicko psychologická poradna v Českých Budějovicích.

Nerudova 59, 370 04 České Budějovice

Tel.: 387 314 503

Nabízí:

- služby terapeutické, metodické, speciálně pedagogické dětem a mládeži ve věku 3-19 let, rodičům a pedagogům
- poradenství při volbě povolání
- diagnostika
- účast na seminářích pro učitele
- pomoc při řešení sociálně patologických jevů u dětí a mládeže (Kovárná, 2007).

Příloha 4

Středisko výchovné péče České Budějovice.

Dukelská 23, 370 01 České Budějovice

ambulantní péče tel.: 386 355 888

internátní pobyt tel.: 387 410 038

Středisko výchovné péče České Budějovice nabízí služby pro děti a mládež, rodiče a pedagogy. Služby se zaměřují na krizové situace dítěte, poruchy chování a rodičovskou poradnu.

Klienty střediska jsou:

- Děti s výchovnými a výukovými problémy jako jsou špatný prospěch, záškoláctví, krádeže, útěky z domova, agresivní hrubé chování.
- Děti, které si nerozumí s vrstevníky (uzavřené, samotářské).
- Oběti šikany a jejich agresori.

Služby jsou poskytovány formou bezplatné konsultační a poradenské činnosti, poskytováním a zajišťováním informací, psychoterapeutického vedení, přednášek a ukázkových skupin. Středisko dále nabízí diagnosticko-terapeutický servis formou pobytu v internátním zařízení (doporučená doba 2 měsíce) pro chlapce i děvčata (Kovárná, 2007).

Příloha 5

Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy v Českých Budějovicích.

Nádražní 47, 370 01 České Budějovice

Tel.: 387 438 703

Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy nabízí ambulantní poradenskou, diagnosticko-terapeutickou službu zaměřenou na řešení problémů v rodinných, partnerských vztazích a osobních problémů občanů (Kovárná, 2007).

Příloha 6

Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji.

Nerudova 53, 370 04 České Budějovice

Tel.: 387 410 864

Krizové centrum se již od svého vzniku roku 2003 primárně orientuje na psychosociální péči zaměřenou na pomoc dětem trpícím syndromem CAN (tedy dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným). Dále se krizové centrum věnuje komplexní péči o děti, které se ocitly v závažné, krizové situaci v rodině (jakou je například ztráta či rozpad rodiny, vážné onemocnění nebo úmrtí v rodině, sociálně-patologické jevy v rodině – alkoholismus, toxikomanie, nezaměstnanost rodičů apod.) Poskytuje také akutní intervenci po prožití jednorázového traumatu (přepadení, únos, znásilnění), či v případě, kdy je dítě nuceno delší dobu setrávat v traumatizující situaci mimo domov (šikana ve škole i mimo školu).

Prioritním úkolem Krizového centra je tedy detekce, diagnostika, následná péče a samozřejmě také prevence syndromu CAN a dalších psychických, behaviorálních poruch i sociálně patologických jevů vyskytujících se zejména u dětí a dospívajících. Velmi důležitým mezníkem bylo v tomto směru udělení pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí Krajským úřadem Jihočeského kraje podle zákona č. 359/99 Sb. O sociálně právní ochraně dětí.

V Krizovém centru pracuje sociální pracovnice, psycholog, speciální pedagog, dětský psychiatr a právník (*Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, 2003*).

Příloha 7

Linka důvěry České Budějovice.

Nádražní 47, České Budějovice

Tel.: 387 313 030

Linka důvěry je zaměřena na děti, mládež a dospělé. Dětem naslouchá, pomáhá jim orientovat se v jejich problémech a trápeních a sociálních vztazích, školních starostech, či při ohrožení návykovými látkami. Dává možnost ověřit si a ujasnit svoje postoje. Tímto přístupem má linka důvěry i preventivní charakter. Linka důvěry má důvěrný charakter a respektuje anonymitu.

Při lince důvěry funguje přes den místnost krizové intervence, kam mohou být lidé ohroženi svým problémem po telefonickém kontaktu následně zváni, a kde se s nimi odborně pracuje. Jde o bližší vytvoření principu důvěry, orientování se v situaci, zklidnění a případné další směřování k specialistovi. Linka důvěry spolupracuje v rámci své činnosti s řadou odborných pracovišť (Kovárná, 2007).

Příloha 8

Salesiánské středisko v Českých Budějovicích.

Emy Destinové 1, České Budějovice

Tel.: 385 341 877

Salesiánské hnutí mládeže je organizací mladých lidí, kteří se angažují ve výchovné práci mezi dětmi a mládeží v křesťanském duchu. Jejich pozornost se zaměřuje hlavně na tu část dětí a mládeže, která je nejvíce ohrožena ve svém materiálním a duchovním vývoji – z neúplných rodin, ohrožení jakoukoliv závislostí, nezaměstnaní apod. SHM také zajišťuje mezinárodní výměny mládeže za účelem spolupráce a sdílení zkušeností na stejném poli působnosti.

V rámci Salesiánského hnutí mládeže v současné době působí čtyři sekce (sportovní sekce, sekce kultury, chaloupková sekce a sekce ekonomiky), které pořádají nebo zajišťují různé akce na celostátní úrovni.

Hlavní náplní činnosti sportovní sekce je pořádání celorepublikových turnajů ve sportech provozovaných v jednotlivých klubech SHM. V současnosti se jedná především o turnaje ve stolním tenise, malé kopané a ve florbale (Kovárná, 2007).

Příloha 9

Dům dětí a mládeže v Českých Budějovicích.

U Zimního stadionu 1, České Budějovice

Tel.: 386 447 311

Dům dětí a mládeže je organizací zajišťující smysluplné volnočasové aktivity dětí a mládeže. Hlavním cílem veškeré činnosti je působit preventivně v rámci široké problematiky vzniku a výskytu sociálně patologických jevů v naší společnosti.

Z poptávky veřejnosti a zájmu dětí vykryštovala tato oddělení:

- Umělecké, které má sekci taneční, hudební, výtvarnou a dramatickou
- Přírodovědecké
- Tělovýchovné a turistické
- Vzdělávání a propagace
- Klubové činnosti a spolupráce s dětskými a mládežnickými organizacemi

Pro další zkvalitnění volného času dětí a mládeže organizuje Dům dětí a mládeže různé sportovní turnaje (například ve stolním tenise, ve vybíjené a odbíjené, v malé kopané, v ringu, v šachu a dámě atd.) Pravidelně se pořádá i vánoční a velikonoční výstava a jiné zajímavé akce: Vánoční besídka, Den Země, Den dětí atd.

O letních prázdninách se pořádají dětské tábory s náplní sportovně – rekreační, rybářskou i výtvarnou nebo odborná soustředění se zaměřením na tanec či keramiku. Velikou oblibu mají takzvané příměstské tábory, které jsou převážně organizovány o jarních a letních prázdninách (Kovárná, 2007).

Příloha 10

Nízkoprahové centrum pro děti a mládež – Srdíčko – Jiloro.

Okružní 1, České Budějovice 370 01

Tel.: 608 067 382

Posláním projektu je umožnit dětem a mládeži ze sociálně znevýhodněného sociálního prostředí získat chybějící zkušenosti a korektivní modely sociálního chování a zároveň podpořit získané pozitivní modely z orientační rodiny.

Cíl projekt:

- Podpora při vzdělávání s ohledem na věkovou kategorii.
- Motivovat uživatele k využívání veřejných zdrojů – zájmových a sportovních kroužků a oddílů.
- Pomoc při získávání komunikačních dovedností a orientace ve svých právech a povinnostech.

Cílovou skupinou jsou děti a mládež, které zažívají nepříznivé sociální situace, jako jsou konfliktní společenské situace, obtížné životní události a omezující životní podmínky.

Programy:

- Školní příprava.
- Klub (navazování kontaktu, poskytování informací, odborné pomoci, podpory a vytváření podmínek pro sociální začlenění a pozitivní změnu ve způsobu života).
- Streetwork (mapování komunity se všemi problémy jejích členů).
- Dílny (pravidelné či nepravidelné akce, na nichž je zajištěn lektor, výtvarná dílna, keramická dílna, taneční skupina, kurz práce na PC atd.) (Kovárná, 2007).

Příloha 11

Nevo dživipen.

A.Tragera 83, České Budějovice

Tel.: 386 720 170

Občanské sdružení Nevo dživipen, založené v roce 1996 jako nezisková organizace, sdružuje všechny, kteří jsou přesvědčeni, že je třeba společně hledat a využít možnosti podporující funkční soužití Romů s majoritní společností.

Činnost sdružení směřuje k rozvoji vzdělanosti mladé romské generace, k podpoře aktivního přístupu Romů k řešení svých vlastních problémů a k zlepšení sociálního postavení romského obyvatelstva ve společnosti.

Toto centrum se také zaměřuje na využívání volného času dětí a mládeže. Realizuje pravidelné zájmové kroužky pro děti v centru i mimo něj a pořádá různé víkendové i táborové pobyty (Kovárná, 2007).

Příloha 12

Fond ohrožených dětí – pobočka České Budějovice.

Senovážné náměstí 2, České Budějovice

Tel.: 386 356 868

Fond ohrožených dětí je občanské sdružení na pomoc týraným , zanedbávaným, zneužívaným, opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem, s působností na celém území ČR.

Hlavní směry činnosti jsou :

- Vyhledávání náhradních rodin pro obtížně umístitelné děti
- Vyhledávání a pomoc dětem týraným i jinak sociálně ohroženým
- Klokánek – rodinná péče jako alternativa ústavní výchovy
- Provoz azylových domů Střecha pro rodiny s dětmi a mládež bez domova
- Poradenská a hmotná pomoc náhradním i potřebným vlastním rodinám s dětmi
- Osvěta a snaha o změnu legislativy (Kovárná, 2007).

Příloha 13

Sdružení dětí a mládeže.

Lannova 63, České Budějovice

Tel.: 387 310 176

Sdružení dětí a mládeže S.D.M. bylo založeno v září 1994 lidmi, kteří dlouhodobě pracovali v různých dětských organizacích. Od počátku působí v oblasti činnosti s dětmi a mládeží jako občanské sdružení podporující dětské aktivity v mnoha oblastech, zejména ve vlastní činnosti s dětmi a mládeží tvorbou a pořádáním programů pro využití volného času. S.D.M. je dále zřizovatelem ICM v českých Budějovicích a spoluzřizovatelem ICM v Českém Krumlově. Vedle pravidelné činnosti (turisticko-vodácký oddíl České Budějovice) již tradičně organizuje prázdninové pobyty pro děti a mládež, víkendové a ozdravné akce, integrované akce, zejména pro děti z dětských domovů a podobně. Všechny tábory probíhají za podpory MŠMT ČR (Kovárná, 2007).

Příloha 14

Občanské sdružení Pelíšky.

Průmyslová 384, České Budějovice

Občanské sdružení Pelíšky právně vzniklo dne 9.6. 2003 registrací organizace na Ministerstvu vnitra. Sdružení je dobrovolným vládním neziskovým sdružením fyzických a právnických osob, kterým leží na srdci minulost, přítomnost a především budoucnost nezletilých dětí, které se nacházejí buď v dětských výchovných zařízeních či v obtížných životních situacích a jejich šance na začlenění do běžného občanského života. Sdružení si vytklo za cíl být těmto dětem nápomocno v jejich přípravě na osamostatnění, a to jednak formou přímé výchovné péče či různými formami podpory či poradenství. Sdružení je činné například různými formami hostitelské péče v pěstounských rodinách pro děti z dětských domovů, poskytovat jim základní informace o chodu běžné rodiny, učit je samostatnému jednání s různými institucemi (Kovárná, 2007).

Příloha 15

Středisko Ymca.

Antonína Barcala 2, České Budějovice

Tel.: 385 513 897

Ymca, křesťanské sdružení mladých lidí vzniklo v roce 1844 jako sdružení mladých mužů v Londýně . Dnes je však Ymca otevřena všem lidem bez rozdílu věku, pohlaví, řeči, národnosti, rasy a vyznání a je křesťanským sdružením mladých lidí. V Československu začala vznikat první sdružení v roce 1920.

Znakem Ymca je rovnostranný trojúhelník, který symbolizuje potřebu rovnoměrného rozvoje tělesné, duševní a duchovní stránky člověka. Ymca se ve svých programech snaží vytvářet podmínky pro všestranný růst osobnosti mladých lidí.

Místní sdružení v Českých Budějovicích má tři kluby. Dva na sídlišti Máj – v ulici M. Chlajna 3 a Antonína Barcala 2, kde se zabývá prací s dětmi a mládeží především ze sídliště Máj, ale i jiných částí města, a to prostřednictvím různých zájmových kroužků a klubů i jednorázových akcí. Nabízí rovněž víkendové akce, letní tábory, zimní pobyty na horách, různá školení a kurzy.

Třetí klub – OSTROV – je na koleji K4, Studentská 21. Program si vytvářejí sami studenti a vychází tedy z jejich potřeb a zájmů. Kromě neoficiálních setkání u čaje a kávy se zde studenti scházejí čas do času na besedách se zajímavými osobnostmi. Organizují se zde také přednášky na aktuální témata (Kovárná, 2007).

Příloha 16

Přehled preventivních přístupů

<i>Přístup</i>	<i>Oblast</i>	<i>Základní hledisko</i>	<i>Základní prvek</i>	<i>Jádro řešení problému</i>
Výchovně vzdělávací	školské politiky	výchova a vzdělávání	výchovně vzdělávací vztah	působení a ovlivňování
Medicínský	zdravotnické politiky	zdraví	nemoc	léčení
Právní	trestní politiky	sankce- regulace	společenská nebezpečnost	trestání
Sociální	sociální politiky	pomoc, organizace	sociální pomoc	Sociální opatření

(Vítková, 2004)