

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra psychologie



Bakalářská práce

Michaela Miková

**Posílení odolnosti dětí ve vyrovnávání se
s náhlou krizovou událostí**

**Strengthening the resilience of children
in coping with the sudden crisis event**

Ráda bych nejprve poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Iloně Gillernové, CSs. za její otevřené a vstřícné vedení, ochotu kdykoliv napomoci a diskutovat nad tématy, která nemají jen jedno řešení. Dále děkuji svým nejbližším, rodině a přátelům, za podporu, trpělivost a závěrečnou kontrolu. Speciální poděkování patří mému bratrovvi za jeho podnětné rady k formátování práce.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité zdroje a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. května 2019

.....
Michaela Miková

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá fungováním odolnosti dětí v reakci na náhlou krizovou událost. Zaměřuje se na děti do 12 let a využívá pojem náhlé krizové události jako nový konstrukt, který se vyhýbá implikaci traumatu jako nutného následku takové události, ale neopomíná přitom její těžkost. Argumentuje poznatky o poměrech dětí, které na takovou událost reagovaly patologicky ku poměru dětí, které zůstaly odolné. Na základě studia zahraničních výzkumů pak práce vymezuje, jakým způsobem může být tato odolnost utvářena a posílena. Zaměřuje se ve svém podrobnějším popisu na jednotlivé copingové strategie a protektivní faktory, které jsou hodnoceny jako podpůrné a účinné při setkání s událostí náhlé povahy. V závěru teoretické části se práce věnuje vybraným způsobům intervencí, které tyto strategie a faktory využívají.

V praktické části se práce zabývá návrhem výzkumu dětí, které se setkaly s dopravní nehodou středně těžké až těžké povahy. Za využití smíšeného výzkumného designu navrhuje zkoumat frekvenci jednotlivých copingových strategií a jejich vnímanou účinnost se speciálním zaměřením na sociální oporu jako významného faktoru a strategie zároveň.

Klíčová slova: Krize, náhlá krizová událost, odolnost, coping, protektivní faktory, sociální opora

Abstract

The bachelor thesis deals with the functioning of resilience in children's response to a sudden crisis event. It focuses on children under 12 years and uses the concept of sudden crisis event as a new construct that avoids the implication of trauma as a necessary consequence of such event but does not neglect its difficulty. It uses for argumentation proportions of children, who have responded pathologically to such event compared to a proportion of children who have remained resilient. Based on the study of foreign research, the thesis defines how this resilience can be shaped and strengthened. In its more detailed description, it focuses on individual coping strategies and protective factors that are perceived as supportive and effective in meeting a sudden event. At the end of the theoretical part, the thesis deals with selected ways of interventions that use these strategies and factors.

In the practical part the thesis suggests the research of children who encountered a traffic accident of medium to severe range. Using mixed research design, thesis suggests exploring the frequency of individual coping strategies and their perceived effectiveness with a special focus on social support as a significant factor and strategy at the same time....

Keywords: Crisis, sudden crisis event, resilience, coping, protective factors, social support

Obsah

Seznam použitých zkratk	8
Úvod	9
Literárně přehledová část	10
1. Dítě a krize	10
1.1 Vymezení pojmu „krize“	10
1.1.1 Nebezpečí versus příležitost	11
1.1.2 Typologie krizí	11
1.2 Náhlá krizová událost	12
1.2.1 Od patologie k odolnosti	12
1.2.2 Příklady náhlých krizových situací	14
1.3 Odpověď dětí na náhlou krizovou událost	14
1.3.1 Dětské projevy vyrovnávání se s krizí	15
1.3.2 Porucha jako důsledek krize	16
1.3.3 Trajektorie dětských reakcí na náhlou krizovou událost	17
2. Dětská odolnost a její posílení	19
2.1 Vymezení pojmů „odolnost“	19
2.2 Utváření odolnosti u dětí	20
2.3 Coping jako součást dětské odolnosti	21
2.3.1 Dětské copingové strategie	21
2.3.2 Měření dětských copingových strategií	23
2.3.3 Učení se copingovým strategiím	24
2.4 Protektivní faktory jako součást dětské odolnosti	25
2.4.1 Vnější protektivní faktory	25
2.4.2 Vnitřní protektivní faktory	27
2.5 Vybrané způsoby intervencí posilující odolnost dětí	28
2.5.1 První psychologická pomoc	29
2.5.2 Hra	30
2.5.3 Vyprávění a příběhy	30
Návrh výzkumného projektu	32

1.	Výzkumný záměr	32
1.1	Východiska výzkumu	32
1.2	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	33
1.3	Hypotézy	34
2.	Výzkumný soubor	35
3.	Design výzkumného projektu	37
3.1	Metody	37
3.2	Sběr dat	38
3.3	Analýza dat	39
3.4	Etické ošetření výzkumu	40
4.	Diskuze	41
	Závěr	43
	Seznam použitých zdrojů	44
	Příloha 1	I
	Příloha 2	II
	Příloha 3	III

Seznam použitých zkratek

PTSD	Post-traumatic Stress Disorder
CCSC	Children's Coping Strategy Checklist
KBT	kognitivně behaviorální terapie
GTI-CN	Grief Therapy Intervention With Coping Skills and Narrative Processing
CARE	Coping With Accident Reactions
ČSODN	České sdružení obětí dopravních nehod
SSQ6	Social Support Questionare 6

Úvod

Jak píše Müllerová (1998), dětský svět často není pouze prostý a jednoduchý, jak si mnoho dospělých myslí. Náhlé krizové události jsou součástí lidských osudů už po mnoho generací a nevyhýbají se ani dětem. Přicházejí často nepozorovaně a oproti jiným, plíživým událostem, zasáhnou plnou silou. V České republice máme často nedoceněnou výsadu poměrného bezpečí, zatímco v některých zemích může být zkušenost s přírodní katastrofou, teroristickým útokem nebo válečným prostředím téměř denním chlebem.

Přitom se nabízí otázka – kde v tom všem stojí dítě? Jak na něj událost působí, jak se s ní vyrovnává? Co můžeme považovat za normální a co už nikoliv?

Tato práce vychází z přesvědčení, že dítě není pouhou bezmocnou figurkou na šachovnici osudu, ale je vybaveno strategiemi, které mu mohou pomoci situaci úspěšně překonat, často i samovolně a bez odborné pomoci. Takový proces úspěšného vyrovnávání se s těžkou událostí a jeho výsledek označuje slovo odolnost. Psychologie toho zatím ví poměrně mnoho o situacích, kdy se tak nestane. Dokáže s velkou přesností popsat stavy, kdy dětskou reakci lze označit za patologickou a faktory, které se na této patologické reakci podílí. V porovnání s těmito poznatky toho však ví jen velmi málo o dětech, které se projevují odolně a o faktorech, které působí ochranným způsobem.

Tato práce si klade za cíl shrnout dosavadní poznatky o dětské odolnosti a popsat, jakým způsobem dětská odolnost funguje v reakci na náhlou krizovou událost spolu s tím, jakým způsobem ji lze posílit. Obsah práce se zaměřuje na děti do 12 let, a to ze dvou důvodů. Za prvé, mladší děti se v důsledku kognitivního vývoje a celkového zrání ve své odpovědi na krizovou událost významně liší od adolescentů. Za druhé, někteří autoři považují skupinu mladších dětí za zranitelnější (Kronenberg et al., 2010; Cohen & Gadassi, 2018).

Autorka práce přitom vychází ze své tříměsíční praxe v Indii a zkušeností ze studia sociální a humanitární práce. V literárně přehledové části práce vymezuje kontext krize u dětí a definuje pojem náhlé krizové události, který je novým konstruktem. Uvádí také poměry dětí, které vykazují odolnou reakci ku poměru dětí, které nikoliv. Následně se podrobněji věnuje vybraným protektivním faktorům a copingovým strategiím, které odolnost utvářejí. Návrh výzkumného projektu se pak zabývá zjištěním četnosti použití jednotlivých strategií dětmi po dopravní nehodě a mapováním důležitosti sociální opory jako copingové strategie a protektivního faktoru zároveň. Využívá přitom kvalitativní i kvantitativní design. Práce cituje dle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Dítě a krize

Způsob, jakým prožívají krizi děti, se může velmi lišit od způsobů, jakým ji prožívají dospělí nebo dospívající. Obzvláště mladší děti nedokáží ve chvíli krize pojmenovat, co se děje, nevnímají stejně jako dospělí tlak stresorů (Špatenková a kol., 2004). Proto je důležité citlivě odpovědět na následující otázky: kdo je přesně v krizi? Jak tato krize vznikla? Jak dlouho trvá a jak velkým ohrožením pro dítě je? Následující kapitola se pokusí tyto otázky představit a nastínit tak širokou problematiku dětské krize, stejně jako pozdější užší směřování práce k odolnosti.

1.1 Vymezení pojmu „krize“

Krize má mnoho různých vymezení a významů: od těch laických, až po ty odbornější, a mnoho z nás ji vnímá jako běžnou součást života. Psychologové se přitom již více než půl století pokoušejí tomuto termínu položit pevné základy. Křivohlavý (1989) popisuje, že v roce 1988 se v Praze konalo velké kolokvium o životních krizích a jejich zvládnutí. Osobnosti české klinické psychologie diskutovali nad obsahem pojmu krize, který vnímají jako synonymum pro pojem krizový stav či krizová situace. Za všechny uveďme pojetí Honzáka, který vyslovil, že krize je „*situace, kdy problém či konflikt našeho života je natolik výrazný, že s ním neumíme dále naložit*“ (Křivohlavý, 1989, s. 96).

Další autoři pak dodávají, že krize je vpádem do životní kontinuity, rovnováhy, je to zlom či předěl v dosavadním životě (Křivohlavý, 1989). V podobném duchu vymezuje krizi také samotný otec krizové intervence Gerald Caplan (Erchul, 2009). Ten uvádí, že krize je jako překážka, která je momentálně nepřekonatelná i přes využití obvyklých strategií k řešení problémů (1964, dle Špatenková, 2017).

Někteří autoři se však pojmu krize přesto vyhýbají a používají namísto toho pojmy jiné. Oblastí, kde se pojem krize zvláště dotýká jiných pojmů, je pojetí stresu a zátěže. Paulík (2010, s. 64) vysvětluje tuto příbuznost tím, že krize je vystupňovaná stresová událost: „*Kritických rozměrů mohou nabývat různé situace, v nichž je člověk konfrontován s vážným rizikem ohrožení, přičemž v pojmu krize je akcentována rozhodující mez, za kterou už nelze zátěž dále zvyšovat bez destruktivních následků*“. Pojetí stresu je tak spíše mělčím pojmem, který zahrnuje širší škálu událostí.

Jasně tento rozpor odlišuje Špatenková a kol. (2017, s. 11). Píše, že abychom mohli hovořit o krizi, musí se sejít tři základní požadavky: (1) nastane spouštěcí událost, (2) jedinec tuto událost vnímá jako ohrožení či nebezpečí, a (3) zároveň selhává, jakmile se jí snaží překonat svými obvyklými způsoby zvládnání zátěže. O krizi se tak s největší pravděpodobností jedná, pokud je daná událost prožívána jako ztráta nebo ohrožení, pokud vzbuzuje prožívání intenzivních negativních emocí a zážitků či pokud se objevuje nutnost změny a přizpůsobení nové skutečnosti. Krize přitom podle ní trvá určitou dobu, nejčastěji dva až šest týdnů, ale i déle.

1.1.1 Nebezpečí versus příležitost

Krize s sebou vždy nese naléhavost, nouzi a volání po rychlém zásahu, který by ukončil stávající těžký stav. Může být těžší i lehčí, nelze ji však upřít jakýsi ohrožující faktor, který s sebou vždy obnáší, a který může pro člověka představovat hrozbu v podobě pocitu beznaděje a bezmoci (Baštecká a kol., 2005).

V kontextu krize u dětí uveďme jeden příklad za všechny. Je jím světově známá událost 11. září 2001. V tomto roce byl proveden teroristický útok na americká Dvojčata, dvojici obchodních věží, na jehož následek zemřelo několik tisíc lidí (Barron, 2001). Gaffney (2006) popisuje, že bezprostředně po útoku mnoho dětí zažilo náhlý a nečekaný otřes, který vyčerpal jejich běžné zvládací strategie a narušil jejich rovnováhu.

Zároveň však nelze říci, že by krize byla jen hrozbou a nebezpečím. Špatenková a kol. (2017) přichází s důležitou připomínkou, že krize jsou přirozenou součástí běžného života a že by neměly být automaticky zavrhovány jako škodlivé či patologické. Argumentuje mimo jiné tím, že čínský znak pro krizi je složený ze dvou odlišných znaků: znaku pro nebezpečí a pro dobrou příležitost. Upozorňuje tak na skutečnost, že krize je vždy definovaná subjektem a záleží pouze na něm, zda a jak moc situaci vnímá jako ohrožující a jakým způsobem s ní zachází. Toto pojetí je jedním z faktorů, které krizi odlišují od traumatu, jak bude později nastíněno.

1.1.2 Typologie krizí

Odpověď na krizovou událost do značné míry ovlivňuje to, jakým stresem byla způsobena. Vymezení těchto stresorů je pro tuto práci zásadní, protože se zaměřuje pouze na specifickou oblast krizí.

Vodáčová a kol. (2002) uvádí, že v rozlišování krizí se nejčastěji používá Baldwinův systém. Ten obsahuje 6 typů krizí a je založen na postupném zvyšování jejich závažnosti

a přesunu stresorů od vnějších k vnitřním. Jako první v pořadí se nachází „situační krize“, která v sobě zahrnuje většinu vnějších stresorů – od obavy z neúspěchu až po ztrátu zdraví nebo ztrátu blízkého člověka. Její pojetí je přitom dosti široké.

Mimo krize vývojové nebo pramenící z psychopatologie nalezneme na Baldwinově seznamu také „krizi pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru“. Ta je popisována jako krize způsobená mocnými vnějšími stresory, které nelze očekávat ani nad nimi mít kontrolu (Vodáčová a kol., 2002). Baštecká a kol. (2005) doplňuje, že v odborné veřejnosti je tento druh krize vnímán jako „traumatizující událost“. Diagnostické manuály ji vymezují jako událost, která je s to způsobit rozrušení téměř u každého a která obnáší ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných. Právě toto ohrožení je rysem, který trauma odlišuje od krize. Zatímco krize se vyznačuje ohrožením, hrozbou nebo ztrátou, které jedinec vnímá subjektivně, nedosahuje velikosti traumatické události, pokud v ní není přítomný objektivní faktor smrti (Baštecká a kol., 2005).

Z názvu práce však vyplývá, že zaměření práce se týká „náhlé krizové události“. Protože se jedná o konstrukt složený z několika uvedených typů krizových událostí, bude se jím zabírat následující podkapitola.

1.2 Náhlá krizová událost

Náhlá krizová událost je konstruktem novým, který nelze najít v žádné z dostupných publikací. Na místě je otázka, proč práce takový konstrukt používá. Odpovědět se pokusí nejprve uvedením těch typů krizových událostí, ke kterým má blízko, a následně argumentací, proč nebylo vhodné použít právě takové.

1.2.1 Od patologie k odolnosti

Nejblíže k náhlé krizové události má zmíněná „traumatická událost“ (Baštecká a kol., 2005) či „krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru“ (Špatenková a kol., 2017). Takové označení krize sice odpovídá obsahu práce, neodpovídá ale jejímu cíli, kterým je posílení dětské odolnosti. Pojetí krize, které v názvu obsahuje trauma, příliš akcentuje skutečnost, že přirozenou odpovědí na takovou událost jsou traumatické příznaky. Jak bude však později vysvětleno, aktuální výzkumy (např. Greca et al., 2013; Jones, Rustemi, Shahini & Uka, 2003; Werner, 2005) ukazují, že traumatická reakce není nutnou, a dokonce ani nejčastější odpovědí na událost náhlé a těžké povahy. Práce se proto snaží vyhnout přeceňování traumatu a patologie na úkor přirozené odolnosti dítěte.

Tento posun hlediska z identifikace symptomů na identifikaci faktorů, které dětskou psychiku chrání (tzv. protektivních faktorů), se i v současné psychologii dostává do popředí (Marley & Mauki, 2018). Čerpá z konceptu odolnosti, který se poprvé zpopularizoval již kolem roku 1970 (Sullivan, 2001) a kterému se bude věnovat další kapitola. Mnoho psychologů si od této doby začínají klást otázku, jak je možné, že se některé děti při setkání s krizovou událostí nezlomí, přestože sdílí stejné podmínky jako ty, které ano (Leckman & Mayes, 2007).

Marley & Mauki (2018) přesto ve své nedávné metastudii zahrnující výzkumy, které zkoumají odolnost a protektivní faktory u uprchlických dětí, narážejí na přílišné zaujetí patologií a traumatem v 9 z 11 zvolených studií. Považují tento poznatek za alarmující a apelují na klinické psychology, aby více zvažovali kontext, ve kterém se dítě nachází. Klasické schéma traumatu totiž opomíjí systém prostředí, ze kterého děti pocházejí a složitý systém protektivních či naopak rizikových faktorů, které se vzájemně prolínají (Marley & Mauki, 2018).

Za tento názor se staví také Jones (2008), klinická psycholožka, která pracovala mimo jiné s dětmi, které se staly svědky násilné smrti rodičů během konfliktu v Kosovu. Zastává názor, že klasická schémata traumatu jsou nejen neaktuální, ale dokonce také škodlivá pro efektivní práci s dětmi v krizi. Intervence cílené pouze na hledání symptomů a jejich následnou „léčbu“, mohou totiž být kulturně necitlivé a podkopávat přirozené copingové strategie. Odkazuje na svou studii, kde z 560 dětí zasažených válkou v Kosovu pouze pětina vykazovala skutečné příznaky posttraumatické poruchy. Zbývající čtyři pětiny se potýkaly s některými výchovnými problémy nebo neměly příznaky žádné (Jones et al., 2003).

Určitým kompromisem v označení události náhlé, těžké povahy, je označení „potencionálně traumatická událost“, používané zahraničními autory (Marsac & Kassam-Adams, 2016; Salloum & Overstreet, 2012; Bonanno, 2004), které odkazuje pouze na potencionální riziko traumatu, stále s ním však zachází.

Další z konceptů, který má ke konstruktu náhlé krizové události velmi blízko, je pojetí „mimořádné události“ vymezené českou legislativou (Zákon č. 239/2000 Sb., § 2). Ani takové pojetí není vzhledem k cíli práce nejvhodnější, protože je spíše právního charakteru. Ve standardech psychosociální pomoci, vydaných ministerstvem vnitra a generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru ČR (2010), najdeme upozornění, že toto vymezení se používá v souvislosti s bezpečností státu a jen část popsanych událostí se kryje s tím, co sami lidé za krizi považují.

1.2.2 Příklady náhlých krizových situací

Nyní jsme se tedy pokusili vymezit, které pojmy s konstruktem náhlé krizové události souvisejí. Náhlá krizová událost odkazuje ke klíčovému aspektu všech zmíněných událostí – k jejich náhlosti, překvapivosti. Zbývá proto definovat, co je tím myšleno. Nejlépe to vystihuje Baštecká a kol. (2005, s. 13) svým srozumitelným popisem: „*něco se stalo a naráz je všechno jinak*“. Dodává, že událost, která tuto charakteristiku splňuje, je krátce časově ohraničená a často se nazývá pojmy jako havárie, nehoda, neštěstí či katastrofa.

Zatímco neštěstí se vymezuje spíše velmi obecně, katastrofa nebo také pohroma je vymezována konkrétněji. Paulík (2010) píše, že za katastrofu považujeme mimořádnou událost, která postihla větší počet lidí, obvykle více než 50. Ačkoliv v českém kontextu se pohroma či katastrofa nejvíce asociuje s povodněmi, Shibley (2010) připomíná, že v sobě zahrnuje také události jako jsou zemětřesení, hurikány, požáry nebo člověkem způsobené války, konflikty či teroristické útoky. Důležitý je i postřeh, že katastrofa je pouze zřídka jednotlivá krizová událost, ale spíše je řetězcem stresorů. Děti, které se setkají s takovou událostí, musí řešit současně například poničení svých škol, rozpad rodiny a ekonomické potíže (Jeney-Gamon, Daugherty, Finch, Belter & Foster, 1993).

Nelze přitom podceňovat celosvětový výskyt takových událostí. Dle některých výzkumníků bylo přírodním katastrofám vystaveno za devadesátá léta průměrně 66,5 milionu dětí ročně. Odhady pro období od roku 2010 do roku 2020 jsou ještě nepříznivější. Následkem klimatických změn, které s sebou obnášejí ještě větší riziko přírodních katastrof je uváděno, že se s takovou událostí může setkat až 175 milionů dětí ročně (Seballos, Tanner, Tarazona & Gallegos, 2011; Pronczuk & Surdu, 2008).

Podceňovat však nelze ani individuální neštěstí (Baštecká a kol., 2005), kterým může být dítě zaskočeno podobně jako hromadným neštěstím typu katastrofy. Kichline, Kassam-Adams, Weiss, Herbers a Marsac (2017) například zkoumaly děti, které se vyrovnávaly se zkušeností náhlého úrazu. Goldman (2015) pro změnu hovoří o dětech, které zažily úmrtí jednoho z rodičů nebo sourozence po nečekaném útoku. Tato práce se nejvíce zaměří na události typu hromadného neštěstí, katastrofy a pohromy, protože v nich náhlá povaha hraje zásadní roli. Pokusí se však neopomenout ani tato náhlá individuální neštěstí.

1.3 Odpověď dětí na náhlou krizovou událost

Náhlé krizové události způsobují řetězec fyzických a emocionálních odpovědí (Gaffney, 2006). Záleží přitom na použitých obranných strategiích a mechanismech, které určují, jak moc

tyto odpovědi budou účinné či nikoliv (Marsac & Kassam-Adams, 2016). Těm se práce bude podrobněji věnovat v další části, jelikož právě tyto strategie utvářejí celkovou odolnost dítěte.

Odpověď dětí na náhlou krizi a použití obranných strategií také determinuje závažnost krize, která se stupňuje spolu s tím, v jaké fázi se právě nachází. Čím hlubší fáze, tím pravděpodobněji mohou být odpovědi patologického rázu. V některých případech je dítě krizi vystaveno tak dlouhodobě, že se krize stane chronickou (Špatenková a kol., 2017).

Jedním z takových smutných případů je nedávná studie Lékařů bez hranic (MSF, 2018), provedena v uprchlickém táboře Moria na ostrově Lesbos. Tento tábor byl původně konstruovaný pro 3000 lidí, nyní jej však obývá odhadem 9000 obyvatel, z nichž více než třetina jsou děti. Překročení limitu je přitom zhoubným podložím pro nárůst násilí a agrese, sexuální násilí nevyjímaje. Organizace udává, že v jedné z dětských intervenčních skupin, zaměřených na duševní zdraví, uvedla téměř čtvrtina dětí, že zápasí se sebepoškozováním nebo se pokusila spáchat sebevraždu. Další významný počet dětí uvedl, že jej trápí úzkost, záchvaty paniky nebo noční děsy.

1.3.1 Dětské projevy vyrovnávání se s krizí

Otázkou proto zůstává, jak zabránit tomu, aby se krize do chronické fáze vůbec dostala. Jednou z důležitých proměnných, která hraje roli, je všímavost dospělých. Je třeba vzít v úvahu, že děti jsou v mnoha ohledech závislé na svém okolí, v případě náhlé krizové události obzvláště silně (Špatenková a kol., 2004). Jak uvádí někteří autoři, pakliže dospělí adekvátně reagují na přirozené signály dítěte, zvyšují tím jeho odolnost a podporují účinné vyrovnávání s krizí (Gaffney, 2006; Goldman, 2015; Marsac & Kassam-Adams, 2016).

Mezi takové projevy patří známý pláč, strach, úzkost (Vymětal, 2004). Škála odpovědi dítěte na náhlou krizovou událost je ale mnohem širší. Terénní průvodce pro odpověď na kolektivní násilí a terorismus, vydaný Hasičským sborem ČR (2005) uvádí popisuje nejčastější reakce dětí ve věku 1–5 let, která projevuje své těžkosti často somaticky, např. ztrátou chuti k jídlu, bolestmi břicha nebo problémy se spaním. Na úrovni chování a prožívání se pak setkáváme se strachem ze tmy, regresí v podobě pomočování, s výbuchy zlosti či naopak se stažeností, pasivitou, ponořením se do sebe.

Projevy dětí ve starším věku od 6 do 11 let se přirozeně liší. Souvisejí více se školou, mohou vypadat jako náhlé zhoršení se v učení, odvrácení se od přátel a obvyklých činností či zaujetí zločinem, smrtí. Somatické projevy typu bolesti břicha, hlavy či poruchy spánku jsou podobné jako u mladších dětí. I zde se můžeme setkat s regresí – předváděním, soupeřením

nebo poutáním pozornosti (Ministerstvo vnitra a generální ředitelství hasičského sboru ČR, 2005).

Vymětal (2004) připomíná také důležité téma viny. Po náhlé krizové události, zvláště po takové, kdy se dítě setká se smrtí někoho blízkého, jej mohou provázet pochybnosti o sobě samém, sebeobviňování, dítě může být roztěkané a lítostivé (Goldman, 2015, Hrušková & Bačovský, 2015).

Nesmíme však zapomínat, že děti jsou různé a jejich odpověď bude také různá. Jones (2008) zastává názor, že dokonce i děti ze stejné rodiny se budou ve svých reakcích na událost a ve svých potřebách lišit. Goodall et al. (2017) znovu připomíná, že tyto projevy samy o sobě nesignalizují žádnou poruchu a jsou přirozeným procesem vyrovnávání se. Může se však podle něj i stát, jako v případě dětí z uprchlického tábora Moria, že některé z příznaků dostanou patologickou podobu. V takovém případě hovoříme o poruše.

1.3.2 Porucha jako důsledek krize

Současné diagnostické manuály rozlišují dvě poruchy přizpůsobení se náhlým krizovým nebo také traumatickým událostem. MKN-10 tyto poruchy zařazují pod název „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“ (WHO/ÚZIS ČR, 2014, F40). V další široce používané klasifikaci, DSM-IV, jsou tyto poruchy uvedeny jako úzkostné poruchy (Vizinová & Preiss, 1999).

První porucha, kterou tyto manuály vymezují, je „akutní stresová reakce“. Je klasifikována jako přechodná porucha v reakci na výjimečný psychický a fyzický stres. Trvat by měla několik hodin až dnů. Vyznačuje se sníženou orientací, panickou úzkostí, přítomná může být disociace nebo naopak nadměrná aktivita. (WHO/ÚZIS ČR, 2014). Někteří autoři však tuto poruchu považují přinejmenším za kontroverzní a navrhují, aby byla v novějších diagnostických manuálech přepracována. Považují akutní reakci na stres za přirozenou reakci, která není patologická. Jako poruchy přizpůsobení navrhují ponechat pouze posttraumatickou poruchu (Maercker et al., 2013).

Druhou poruchou, o které jsme se již zmínili během vymezování náhlé krizové události, je porucha posttraumatická (*PTSD*). Posttraumatická porucha se vyznačuje určitými jevy, které jsou jen za některých okolností patologické (Goodall et al., 2017). Abychom je tak mohli nazvat, musí trvat déle než měsíc a musí narušovat běžný život jedince (Baštecká a kol., 2005). Jedná se o projevy vtíravých a neodbytných pocitů, tzv. flashbacků, neustálého očekávání hrozby, zvýšené dráždivosti, vyhýbání se situacím, které by mohly traumatickou událost

jakkoliv asociovat, a dalších příznaků, jako jsou například zmíněné pocity viny (Vizinová & Preiss, 1999).

Odhady ohledně toho, kolik dětí je skutečně po krizové události poznamenáno posttraumatickou poruchou, se různí. Někteří autoři jsou skeptičtější a uvádějí, že přibližně u 30 % mladých a jejich rodičů se vyvinou významné posttraumatické stresové příznaky v reakci na náhlou zdravotní událost (Price, Kassam-Adams, Alderfer, Christofferson & Kazak, 2016). Obecně však panuje spíše odhad, že v reakci na náhlou traumatickou událost obecného charakteru se plná posttraumatická porucha vyvine u 13–16 % dětí (Paul, 2016).

1.3.3 Trajektorie dětských reakcí na náhlou krizovou událost

Pro tuto práci je klíčové zjistit nejen to, jak velké množství dětí bude traumatem poznamenáno, ale především to, jak velké množství dětí tyto příznaky nezastihnou.

Takovou studii provedla např. Greca et al. (2013), která zkoumala vzorek 568 amerických dětí ve věku 8–10 let, které se setkaly s hurikánem Andrew, aby mohla vytvořit tzv. trajektorie dětských odpovědí na tento hurikán umístěné do časové osy. Zkoumání proběhlo 3, 7 a 10 měsíců po ničivé události, přičemž studie zjistila, že Hurikán Andrew zasáhl populaci tak ničivě, že 60 % z dotazovaných dětí reportovalo, že se cítilo ohrožených na životě a více než 60 % dětí, že je postihlo tři a více událostí typu „zničený majetek či dům, změna školy, oddělení od rodičů na dobu delší než týden nebo potíž s přístupem k pitné vodě“.

Navzdory těmto zjištěním se 40 % dětí ukázalo jako „odolných“, dokonce i tváří v tvář tak ničivé katastrofě. Dalších přibližně 40 % se umístilo v kategorii „zotavujících se“ (tedy vykazujících postupem času signifikantně lepší výsledky). Pouze zhruba 20 % projevilo chronickou reakci, která i po 10 měsících zůstala klinicky významná. I u této skupiny ovšem lze pozorovat hojivý efekt času a určité zlepšení (viz obrázek č. 1).

Koresponduje to s výsledky studie Kronenberga et al. (2010). V jeho výzkumném vzorku byli především adolescenti, ale jeho celkové výsledky měly podobnou proporcii s drtivou převahou skupiny „odolných“ (45 %). Greca et al. (2013) pouze namítá, že zkoumání probíhalo dva roky po katastrofě, což mohlo výsledky výrazně zkreslit. Zároveň ale konstatuje, že je tento model shodný i s výsledky z předchozích studií provedených s dospělými lidmi. Zdá se tedy, že odolnost hraje větší roli, než přirozeně předpokládáme.

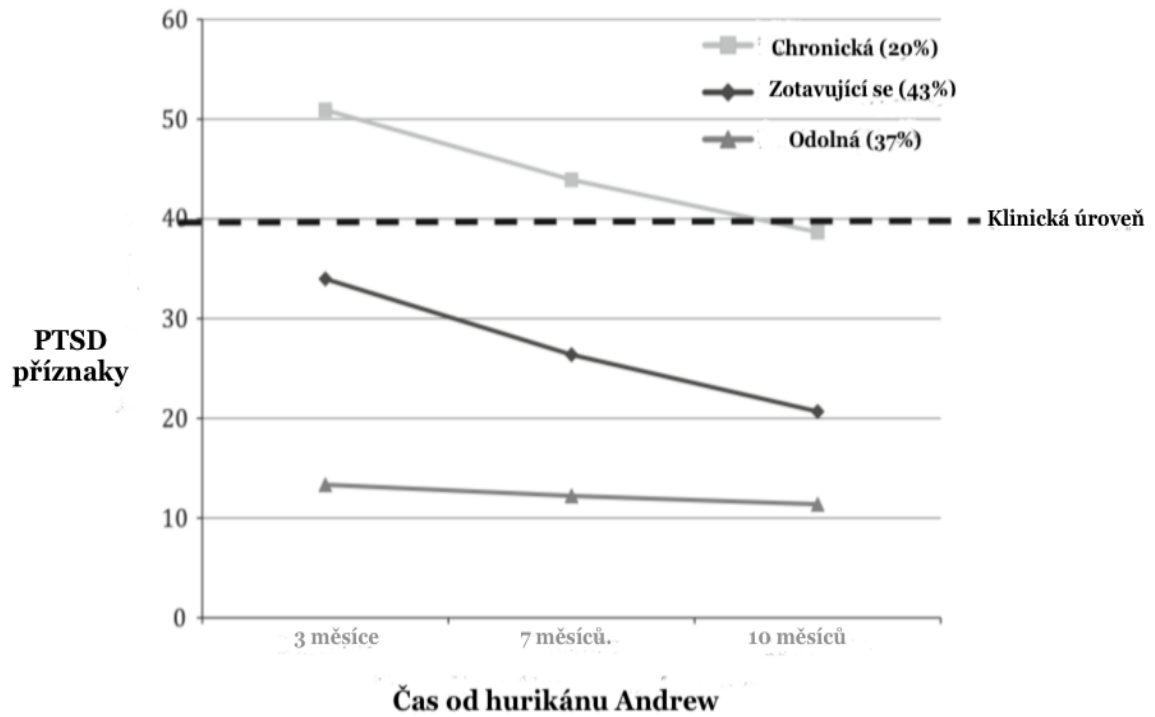


Fig. 1 Trajektorie distresu po hurikánu Andrew

Obrázek 1: Trajektorie distresu po hurikánu Andrew (přeloženo dle Greca et al., 2013, s. 361)

2. Dětská odolnost a její posílení

Rachel Yehuda, známá psychiatrička, těsně po útoku 11. září 2001 prohlásila: „*Věřím v naši schopnost se s tím vyrovnat. Věřím v odolnost. Myslím, že lidé mají neobyčejné kapacity k vyrovnávání se s traumatem*“ (Korn dle Gaffney, 2006, s. 1004). Také Bonnano (2004) tvrdí, že odolnost je jev častější, než si myslíme a v reakcích na náhlé krizové události reprezentuje neobvykle silnou trajektorii. Co se touto odolností myslí, odkud se bere a jak je možno ji posílit v reakci na náhlou krizovou událost? Na tyto otázky se pokusí odpovědět následující kapitola.

2.1 Vymezení pojmů „odolnost“

Český termín odolnost je překladem anglického originálu „*resilience*“. Tento termín se původně užíval ve fyzice a označoval schopnost pružnosti v situaci, kdy byl předmět namáhán, ohýbán, tlačěn, ale přesto se později vrátil do původního stavu (Werner & Brendtro, 2012). To odkazuje k jedné ze současných definic odolnosti, která tvrdí, že je to „*kapacita jedince ponechat si stabilní psychické fungování napříč těžkostí*“ (Marley & Mauki, 2018, s. 331). Někteří čeští autoři dodávají, že se tento pojem částečně překrývá s pojmy nezdolnost, nezlomnost, přizpůsobivost, zvládání zátěže, houževnatost, elasticnost či mrštnost (Kebza, 2013; Paulík, 2010).

Pod téma odolnost patří mnoho koncepcí, které se v průběhu let utvářely a nyní stojí jako důležité a samostatné téma zkoumání. Většina z nich byla zkoumaná na dospělých lidech a zahrnují koncepce jako *hardiness*, *sence of coherence*, *fortigeneze* nebo *locus of control* (Kebza, 2013). Některým z nich, jako například pojetí *optimismu* a *self-efficacy*, se práce bude později podrobněji věnovat v rozboru jednotlivých protektivních faktorů, které odolnost utvářejí.

Pokud však mluvíme o odolnosti, je třeba ji odlišit od pouhého zotavení (*recovery*), které reprezentovalo v předchozím výzkumu další samostatnou trajektorii (Greca et al., 2013). Bonanno (2004) tento rozdíl vysvětluje tak, že v procesu zotavení jedincovo běžné fungování na nějakou dobu ustoupí psychopatologickým projevům (např. projevům deprese nebo PTSD), a pak se opět vrátí do stavu před událostí. Tato dočasná změna může trvat i několik měsíců. Namísto toho v případě odolnosti hovoříme o schopnosti jedince zachovat si psychickou rovnováhu, která bude více méně stabilní.

Průkopníkem pojmu odolnosti je Emy Werner, psychologka, která sama jako dítě zažila hrůzy druhé světové války. Později se proslavila svým longitudinálním výzkumem 698 dětí z ostrova Kauai, narozených v roce 1955 (Leckman & Mayes, 2007). Tyto děti měly jednu společnou charakteristiku: pocházely z vysoce rizikového prostředí, na kterém se podílely

faktory jako chudoba, psychopatologie rodičů nebo prenatální problémy. Werner tyto „zranitelné“ jedince monitorovala od prvního do čtyřicátého roku, vždy v určitých klíčových obdobích, a zjistila, že ačkoliv dvě třetiny z nich ve starším školním věku a v době adolescence reportovaly různé potíže, 1/3 dětí neměla potíže žádné a dnes jsou to zodpovědní a sebevědomí dospělí lidé. Navíc dodává, že většina dětí z předchozí skupiny se zotavila natolik, že okolo 40. roku věku byla bez potíží taktéž (Werner, 2005).

Werner tak nabourává mýtus, že okolní rizikové podmínky nás definují natolik, že je proti nim lidská přirozená odolnost bezmocná. Zdůrazňuje přitom, že o odolnosti toho víme ještě velmi málo a že třebaže je široce zkoumaná, paradoxně je stále podceňovaná (Werner & Brendtro, 2012).

Na to poukazuje také fakt, že ani mezi odborníky nenalezneme v pojetí odolnosti shodu. Podle Paulíka (2010) je základním sporem u odolnosti to, zda je stabilní nebo spíše dynamická. Nejblíže je cíli práce právě dynamické pojetí, které zdůrazňuje aktivitu jedince. Podle Werner (Werner & Brendtro, 2012, s. 20) totiž „nemůžeme člověka označit nálepkou jako odolného, protože odolnost je proces“. Vysvětluje to tím, že ačkoliv dítě není odolné v 10 letech, může si svou odolnost postupně vyvinout, protože ho utvářejí různé životní změny, které odolnost většinou posilují v pozitivním směru.

2.2 Utváření odolnosti u dětí

Pokud tedy víme, že odolnost může být utvářena, pak je důležitou otázkou, jakým způsobem toho může být docíleno. Pro tuto práci je důležité přesvědčení, že každé dítě může být odolné, pokud je mu dáno dostatek příležitostí (Brooks & Goldstein, 2005). Sullivan (2001) popisuje, že to ve skutečnosti není velká věda a záleží přitom na několika klíčových faktorech. Tato práce jako tyto faktory identifikovala jednotlivé copingové strategie a protektivní faktory.

Někteří odborníci namítají, že v utváření odolnosti nelze podcenit ani vývoj dítěte od prenatálního období a jeho celkovou genetickou dispozici. Formováním a posilováním odolnosti v raném dětství se zabývali autoři Leckman a Mayes (2007). Popisují, že zde hraje roli genetická výbava, ale také raná péče, která může ovlivnit expresi jednotlivých genů určených k odpovědi na stres. Mezi takovou ranou péčí se řadí například čas, který matka se svým potomkem stráví. Autoři shrnují, že čím více kvalitního času matka svému dítěti věnuje, tím je dítě odolnější a více připravené k novým výzvám. Jiné studie pro změnu ukazují, že nejdůležitější strategie a styly zvládání jsou získány již v raném dětství, protože se v průběhu dospívání styl jejich používání významně nemění (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001; Hampel & Petermann, 2005).

Brooks a Goldstein (2005) tvrdí, že proces posilování odolnosti musí začít porozuměním jejím jednotlivým komponentám a proměnným. Připomínají, podobně jako Marley a Mauki (2018), že odolnost má podobu „transakčního procesu“. To znamená, že zahrnuje kombinaci faktorů, které jsou spolu ve vzájemné interakci. Jedním z těchto faktorů je coping, tedy způsob, jakým dítě zátěž zvládá.

2.3 Coping jako součást dětské odolnosti

Paulík (2010, str. 79) vystihuje vztah odolnosti a copingu takto: „*Důsledkem resilience v tomto smyslu je efektivní coping*“ a naznačuje tak, že coping je jeden z mechanismů, který odolnost utváří a který může být zároveň jejím důsledkem.

Copingem se podle Paulíka (2010) míní aktivní a vědomý způsob zvládání zátěže, jenž je potřeba mobilizovat v situaci, kdy je zátěž nadlimitní. Důležitý je zde aspekt vědomého a aktivního zvládání, který coping odlišuje od obranných mechanismů.

Mareš (1999) tuto příbuznost vysvětluje takto: jakmile se jedinec (potažmo dítě) setká s krizí, může zareagovat dvojím způsobem – obrannou reakcí či zvládací reakcí. Obě reakce mají za úkol snížit hladinu stresu a řídit emoce. Obranné reakce jsou však spouštěny především nevědomě, nejsou ovládnutelné vůlí a jejich základem je instinktivní chování. Ústí pak v automatickou, často rigidní reakci, která nezpůsobuje skutečné řešení situace, ale spíše ji zkresluje. Kebza (2013) vysvětluje, že z tohoto důvodu jsou obranné reakce typu popření, vytěsnění či regrese považovány za spíše náhradní a neplnohodnotný způsob zvládání krizí. Naproti tomu zvládání typu coping je uvědomované, snáze pozorovatelné a řízené (Mareš, 1999). Pod takové zvládání se řadí různé copingové strategie.

2.3.1 Dětské copingové strategie

V dělení copingových strategií nalezneme nespočet přístupů. Neplatí přitom, že čím starší, tím méně aktuální, protože mnoho z těchto dělení je stále používaných. Jedním z takových je dělení od Lazaruse a Folkmanové (dle Compas et al., 2001), kteří rozdělili na emoce zaměřený coping a na problém zaměřený coping podle toho, zda se jedinec ve zvládání situace zaměří spíše na zvládnutí emocí nebo na příčiny problému. Na emoce zaměřený coping v sobě zahrnuje vyjádření emocí, vyhledávání opory od druhých nebo vyhnutí se problému, zatímco na problém zaměřený coping se projevuje hledáním řešení a snahou změnit události, které k problému vedly.

Toto dělení je stále populární a mnoho výzkumníků jej využívá. Jedním z nich je i Khamis (2015), která zkoumala palestinské děti po osmidenním válečném konfliktu mezi

Izraelem a Palestinou. Její studie podporuje předpoklad, že použití na problém zaměřeného copingu je výhodnější, protože pomáhá do budoucna snížit riziko PTSD či přítomnost poruch chování a emocí.

Tyto výsledky je však třeba interpretovat opatrně, protože dělení Lazaruse a Folkmanové se neobešlo bez pozdější kritiky. Někteří autoři píší, že je to dělení umělé a že existují situace, kdy se nedá použitá strategie zařadit ani pod jednu kategorii (Garnefski et al., 2007). Taková situace může být například ve chvíli, kdy dítě vyhledá při řešení nějakého problému své vrstevníky. V takovém případě můžeme mluvit jak o vyhledávání emoční opory, tak o strategiích zaměřených na problém skrze hledání rady od druhých (Compas et al., 2001).

Mezi další často používaná dělení patří coping rozdělený ve volném překladu na aktivní a vyhýbavý (*approach-avoidance*) nebo na zapojený a nezapojený (*engagement-disengagement*). Ty dělí emoční i kognitivní strategie podle toho, zda se ke zdroji problému či rizika přibližují nebo se od něj naopak oddalují (Roth & Cohen, 1986; Compas et al., 2001).

Ani tyto přístupy však nejsou dokonale přijímány. Většina dělení využívající dichotomické pojetí jsou pro své přílišné zjednodušení kritizována podobně, jako coping zaměřený na emoce a na problém (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003).

Kebza (2013) proto správně upozorňuje, že čím déle coping zkoumáme, tím méně toho paradoxně víme. V souladu s jeho postřehem hovoří i velká studie Skinnera et al. (2003), která našla přes 400 pojetí copingu a vygenerovala z nich přes 100 různých strategií, které byly více či méně jedinečné a nedaly se sloučit s jinou kategorií. I to ukazuje na jedinečnost ve způsobech, jakým dospělí i děti reagují na zátěžové události.

Na čem se však psychologové zatím poměrně shodují je to, že některé copingové strategie jsou méně adaptivní a účinné než jiné (Blažková et al., 2017). Coping sám o sobě je totiž neutrální – může mít jak dobré, tak nedobré dopady (Mareš, 1999). Ne všechny copingové strategie totiž vedou ke kýženému výsledku, přičemž se hodí poznamenat, že zde platí pravidlo „méně je někdy více“. Marsac a Kassam-Adams (2016) upozorňují, že i děti, které vykazují posttraumatické symptomy nebo se u nich rozvinula posttraumatická porucha, používaly ke zvládnutí své situace mnoho strategií, v některých případech dokonce více než děti odolnější. Při zkoumání dětí po náhlé dopravní nehodě se ukázalo, že i tyto děti používají pozitivně vnímané strategie (např. vyhledávání sociální opory), ale navíc k tomu používají vysoce také strategie jiné, které mají spíše odvést od problému, např. fantazijní únik či sociální izolaci (Marsac, Donlon, Hindenbrand, Winston & Kassam-Adams, 2014).

Nad neefektivními strategiemi proto mezi psychology také panuje poměrný konsenzus. Za takové méně účinné strategie jsou považovány právě vyhýbavé strategie. Blažková (et al.,

2017), která s kolektivem českých psychologů zkoumala dětské zvládnání onkologického onemocnění, shrnuje, že ve většině výzkumů tyto strategie vyšly hůře než strategie, které byly zaměřené na zvládnání problému a pojily se s horší adaptací nebo častějším výskytem deprese. Ani zde však neplatí, že by se dalo říci, že jsou výlučně špatné. Mohou být situace, kdy se vyhybavé chování spojené s přijetím toho, co jedinec právě nemůže změnit, osvědčí jako účinné (Last & Grootenhuis, 1998).

Mezi výlučně pozitivní strategie je obvykle řazeno hledání opory nebo pozitivní zhodnocení, které v českém překladu úzce souvisí s pojmem kognitivní restrukturační. Tu popisují autoři jedné z měřících metod, Spirito Stark a Williams (1998) jako druh optimismu, snahu o náhled a vidění toho nejlepšího, co v dané situaci. Tato strategie je obecně považována za jednu z nejlepších, protože se během ní dítě snaží převzít kontrolu nad situací (Blažková et al., 2017).

Garnefski et al. (2007) zjišťovala faktorovou analýzou, do jaké míry se určité strategie shodují či neshodují s výsledky v testech měřící obavy, strach či deprese. Zjistila přitom, že časté použití strategie kognitivní restrukturační predikovalo nízký skóre v testu měřícím deprese a obav a časté použití pozitivních sebeinstrukcí predikovalo nízký skóre v testu měřícím obav a strach.

Za další účinné strategie považujeme také smíření, přijetí či řešení problému (Blažková et al., 2017) či rozptýlení (Prinstein, La Greca, Vernberg, & Silverman, 1996). Rozptýlení se v několika výzkumech ukázalo jako účinná strategie v reakci na náhlou krizovou událost, např. typu katastrofy nebo bolestivého lékařského zákroku. Může totiž pomoci dítěti snížit napětí, které je jedním z obvyklých následků takové události a které, pokud není včas sníženo, může být později jedním z příznaků PTSD (Prinstein et al., 1996).

2.3.2 Měření dětských copingových strategií

Pro posilování odolnosti je vhodné využít různých měřících nástrojů dětských copingových strategií, které mohou prozradit, jaké strategie dítě nejčastěji využívá. Lze tak získat náhled na nejpoužívanější účinné strategie a v následující intervenci je podpořit. Shibley (2010) píše, že znalost copingových strategií může pomoci už při prvním kontaktu s dítětem po náhlé krizové události.

Nástrojů na měření dětských copingových strategií je však mnoho a práce uvede pouze nejpoužívanější z nich, které se navíc shodují s věkem do 12 let. Jedním z možných nástrojů k měření dětských copingových strategií je *Children's Coping Strategy Checklist (CCSC)*, vytvořený Ayers a kolektivem (Ouan, Xin & Chen, 2016; Skinner et al., 2003).

Dalším z nástrojů je dotazník *Kidcope*. Ten je také přeložen do češtiny a bude využitý v návrhu výzkumného projektu, který obsahuje druhá část práce. Ten posuzuje 10 copingových strategií, které uvádí v překladu Blažková a kolektiv (2017, str. 48) jako: *odvedení pozornosti, sociální izolace, kognitivní restrukturační, sebekritika, obviňování druhých, řešení problému, emoční regulace, fantazijní únik, sociální opora a rezignace*.

Donaldson s dalšími výzkumníky (2000) se pokusili zjistit, jaké rozložení mají jednotlivé strategie mezi vzorkem více než 700 dětí. Druh události přitom nespecifikovali, zaměřili se na obecný stresor. Zajímavé je však dělení podle věku, kdy se ukazuje, že rezignace a sebekritika je mezi mladšími dětmi nejméně častou strategií. Nejčastější je naopak fantazijní únik (viz obrázek č. 2).



Obrázek č. 2: Child/adolescent coping patterns for all stressors by age group (přeloženo podle Donaldson et al., 2000, s. 354)

Někteří autoři však upozorňují, že na to, abychom mohli copingu a odolnosti skutečně porozumět, je třeba měření více metodami, nejen dotazníky (Kichline et al., 2017). Mareš (1999) například už před 20 lety upozornil na to, že nacházíme rozdílné přístupy v požadavcích, na jak dlouhé období si má dítě rozpomenout, jak velký stresor hodnotí či zda nástroj volí deduktivní nebo spíše induktivní přístup. Ouan, Xin a Chen (2016) pro změnu upozorňují na důležitou kulturní dimenzi. Během použití dotazníku CCSC mezi Čínskými adolescenty změnili 3 z 5 názvů jednotlivých strategií tak, aby byly více příhodné pro domácí prostředí.

2.3.3 Učení se copingovým strategiím

V tom, jakou copingovou strategií si dítě ve výsledku zvolí, hrají důležitou roli také rodiče. Ty své děti často učí skrze koučování či modelování jaké copingové strategie mohou

používat. Mnoho rodičů si v reakci na náhlou krizovou událost vytvoří své copingové strategie, kterými se snaží dítě povzbudit (Marsac et al., 2014). Zabývaly se tím Marsac a Kassam-Adams (2016), když ve své kvalitativní studii pozorovaly 25 dětí s jejich rodiči a to, zda úsudek rodiče o možném řešení prezentovaného problému bude mít na dítě takový vliv, že po dialogu s rodičem změní svou volbu. Ukázalo se, že v polovině případů se tak skutečně stalo, a to oběma směry – jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu. Jejich o něco pozdější výzkum pak naznačil, že čím je dítě mladší, tím více může být citlivé na působení rodiče během utváření svých copingových strategií (Kichline et al., 2017)

Facilitátorem copingu však nemusejí být pouze rodina, mohou to být i další blízké osoby. Ukazuje se, že ve vyrovnávání se s katastrofou je pro dítě významná také opora vrstevníků a učitelů (Prinstein et al., 1996). Tyto nejbližší, kteří při dítěti stojí během vyrovnávání se s krizí, lze souhrnem popsat jako sociální opora. Ta je považována za jeden z nejvýznamnějších protektivních faktorů, kterým se bude věnovat další podkapitola.

2.4 Protektivní faktory jako součást dětské odolnosti

Na začátku kapitoly je zmíněno, že v pojetí této práce je odolnost utvářena copingem a protektivními faktory. Protektivními faktory se myslí faktory, které působí proti stresorům a riziku. Působení těchto faktorů v ideálním případě způsobí, že je dítě schopno se s událostí vyrovnat úspěšněji než v případě, kdy by tyto faktory přítomné nebyly. Dají se přitom chápat jako opak rizikových faktorů, mezi které je často uváděn např. nízký rodinný status (Goldstein & Brooks, 2005).

Mareš (1999) shrnuje, že studium faktorů, které pomáhají dítěti zvládat zátěž, není snadnou disciplínou a do nedávné doby bylo realizované spíše metodou pokus-omyl. Mnoho studií totiž pomíjelo důležitou skutečnost, že není třeba pátrat po jednom či více faktorů izolovaně, nýbrž je třeba vzít v úvahu síť souvislostí. Konstatují to i současnější zahraniční výzkumy (Ames, Ravana, Gentile & Morgan, 2013). Přesto lze definovat některé faktory, které jsou popsány různými autory v různých dobách, a které působí protektivně. V zásadě se jedná o dva druhy faktorů, první jsou vnějšího charakteru a řadí se mezi ně zmíněná sociální opora, druhé jsou vnitřní a souvisí s osobnostními charakteristikami.

2.4.1 Vnější protektivní faktory

Baštecká a kol. (2005, str. 30) píše „*Myslet na děti znamená vzpomenout si na ně při hovoru s ‚jejich‘ dospělými – rodiči a učiteli*“ a připomíná tak, že dítě se vždy nachází v sociálním systému, bez kterého jej nelze odděleně posuzovat.

Na důležitost podpory druhých lidí upozornila už Werner (Werner & Brendtro, 2005, s. 21) když řekla, že „*sounáležitost je skutečně ta nejzákladnější věc, na které musíme stavět vše ostatní*“. Ve svém výzkumu „zranitelných“ dětí z ostrova Kauai zjistila, že stačilo, aby dítě mělo k dispozici alespoň jednoho pečujícího dospělého, a celá situace se proměnila. Často tyto děti uváděly, že v momentě, kdy nebyla k dispozici rodina, byl to učitel nebo kamarád, který je „poháněl kupředu“.

To souzní i s tím, že během náhlých krizových událostí typu katastrofy mohou být rodina, odborníci nebo jiné zdroje pro dítě nedostupné, protože sami zápasí s těžkými dopady události (Gaffney, 2006). Werner píše, že jen málo ze zranitelných, ale nezdolných dětí se během svého vyspívání dostalo k odborné pomoci. A ještě méně z nich později považovalo tuto pomoc za efektivní. Více si cenili naopak rad či pomoci svých partnerů, přátel, kolegů, členů z církve či širší rodiny (Werner & Brendtro, 2005).

Důležitost neformální sociální opory dokládá zkušenost Gaffney (2006), která byla po teroristickém útoku 11. září 2011 svědkem toho, jak se pomocná sociální síť zformovala v rámci třetí třídy základní školy. Byli v ní zapojeni učitelé, rodiče i děti samotné. Navzdory námitkám, že osmi až devítileté děti mohou jen těžko adekvátně projevit soucit a být si navzájem skutečnou oporou, ukázaly se společné aktivity jako mimořádně podpůrné a ozdravné. Gaffney píše, že podobné propojování nejen pomáhá obětem neštěstí, ale také učí jejich nejbližší, jaká slova volit a jak emocionálně reagovat na situaci, kterou jejich milovaní prožívají (Gaffney, 2006).

Co tedy tato „sociální opora“ znamená, jak ji psychologie definuje? Křivohlavý (2010) vymezuje, že ji vnímá jako pomoc, která je nabídnuta jedinci, jakmile se nachází v zátěžové situaci. Nejde jen o přítomnost druhých lidí, ale také o činnost, která jedinci vyrovnávání se významně ulehčuje. Tato opora přitom může být velmi věcná, instrumentální nebo také informační, emocionální či hodnotící, která se snaží o posílení jedincova sebevědomí, sebeúcty nebo naděje (Křivohlavý, 2010).

Známou a dosud nepřekonanou studii sociální opory dítěte po katastrofické události provedl Prinstein et al. (1996), opět v návaznosti na hurikán Andrew. Patří mezi stále často citované studie, a proto ji práce podrobněji uvede i přes její starší datování. Tato studie se zakládá na konceptu *coping assistance*, která se dá volně přeložit jako copingová podpora nebo také pomoc (jak ji překládá například Mareš, 1999). Shrnuje v sobě aktivity a kroky, které významní druzí podnikají k tomu, aby pomohli dítěti se s krizovou událostí lépe vyrovnat. Ty jsou shrnuty jako: (1) emocionální zpracování, kam se zařazuje například kreslení, hra nebo jakákoliv další aktivita, které záměrným, kontrolovaným a bezpečným způsobem umožní dítěti

postavit se k traumatizující události čelem; (2) obnova známých rolí a rutiny, kam se řadí budování návyků, které byly dítěti před událostí známé, např. chození do školy a (3) strategie rozptýlení, které má sloužit k potlačení intruzivních příznaků PTSD (Prinstein et al., 1996, s. 463-465). Ty popisují i Salloum a Overstreet (2012) tak, že sociální opora umožňuje úlevu emocím, možnost snížit rušivé myšlenky a vzpomínky na událost.

Aktivity copingové pomoci byly pak zkoumány ve vztahu ke třem úrovním blízkých: rodičů, učitelů a vrstevníků. Ukázalo se, že každá skupina měla svou specifickou přednost či roli. Vzato celkově, nejvíce podpory však poskytovali rodiče, kteří nejčastěji využívali strategií rozptýlení a obnovy rutiny (Prinstein et al., 1996).

I novější výzkumy naznačují, že sociální opora je nepřekonatelnou proměnnou, která posiluje odolnost dětí významným způsobem. Shrnuje to metastudie Marleyho a Maukiho (2018), která ukázala, že podpora vrstevníků, jednota rodiny a rodičovská podpora byla jedním z nejvýznamnějších faktorů, který predikoval snadnější přizpůsobení se nové kultuře uprchlickými dětmi.

2.4.2 Vnitřní protektivní faktory

Školní úspěšnost se již prolíná s druhou skupinou protektivních faktorů, kterými jsou vnitřní faktory. Shrnuje to Křivohlavý (2010), když říká, že v případě odolných dětí se ukázalo, že „jde o spojení autonomie dítěte s jeho schopností požádat o pomoc druhé lidi v těžkých situacích“ (s. 71). Součástí této autonomie je často popisovaná vnímaná osobní zdatnost (*self-efficacy*).

Obecně se má za to, že čím vyšší osobní vnímanou zdatnost dítě má, tím lépe krizové události zvládá, protože se jim postaví čelem a je schopno lépe kontrolovat svůj vlastní emocionální stav. Tato charakteristika je proto považována za mimořádně silný obranný faktor (Křivohlavý, 2001). Platí to i naopak. Čím menší vnímanou osobní zdatnost dítě má, tím častěji je zranitelnější k patologii typu PTSD. Tento faktor je totiž určitým hlídačem celistvosti osobnosti (Walter, Horsey, Palmieri & Hobfoll, 2010).

Důležitost vnímané osobní zdatnosti ukazuje také několik studií. Například metastudie Marleyho & Maukiho (2018) zkoumající děti uprchlíků prokázala vnímanou osobní zdatnost jako další významný posilující faktor v jejich přizpůsobení se na novou kulturu.

Vnímaná osobní zdatnost u dětí se projevuje různě. Shrnuje to Sullivan (2001), když píše, že v současnosti se má za to, že jeden z klíčových faktorů dětské odolnosti jsou tzv. „ostrovy kompetence“. Tím se myslí oblast, kde bude dítě úspěšné, bude dostávat ocenění a bude vědět, že se mu v ní daří. Pakliže takovou oblast má, pak jeho sebedůvěra a odolnost

vyroste. Touto oblastí může být téměř cokoli od sportu po hudbu – důležité je, aby dítě v dané činnosti vnímalo svou hodnotu.

V návaznosti na ostrovy kompetence se hodí poznamenat, že i sebeúcta (Mareš, 1999) či sebeocenení (Křivohlavý, 2010), pojmy pocházející z anglického originálu *self-esteem*, mají ke vnímané osobní zdatnosti velmi blízko. Křivohlavý (2010) vysvětluje, že sebeúcta je významným prediktorem toho, jak se dítě při setkání s těžkou událostí zachová. To zjistili i kanadští psychologové, když longitudinálně zkoumali protektivní faktory u tisíce dětí po dobu třinácti let. Sebeúcta a optimismus vyšly jako nejvýznamnější protektivní faktor ze všech zkoumaných (Ames et al., 2013).

Optimismus je proto dalším faktorem, který stojí za zmínku. Křivohlavý (2010) uvádí, že to je očekávání, že výsledek dění, ve kterém se jedinec nachází, bude kladný. Souvisí s ním i další faktor, kterým je naděje. Lidé silné naděje očekávají lepší budoucnost, mají vyšší míru jistoty a dle některých pokusů se silnější naděje přímo váže k větší sebeúctě (Křivohlavý, 2010). Například Goldman (2015) popisuje důležitost naděje u dětí, které procházejí truchlícím procesem po ztrátě někoho blízkého. Vysvětluje, že je v pořádku vyjadřovat naději vírou, že se s milovaným člověkem ještě setkáme – ať už je to představa nebe nebo místa, kde dítě s dotyčným rádo trávilo své volné chvíle.

Poněkud překvapivý je pak poslední faktor, který práce uvede – smysl pro humor. Gaffney (2006, s. 1013) připomíná: „*Nakonec, nezapomeňte povzbuzovat děti a dospívající se smát a povzbuzovat druhé k tomu, aby se smáli (...). Humor a smích jsou terapií*“.

2.5 Vybrané způsoby intervencí posilující odolnost dětí

Po útoku 11. září 2001 bylo mnoho klinických psychologů ponecháno pouze primitivním příručkám, které nedokázaly pojmut náhlost události tak ničivého charakteru, píše Gaffney (2006). Dnes, téměř 15 let po útocích, je k dispozici o něco více konceptů. Vynořují se však také otázky, nakolik jsou jednotlivé intervence přesto efektivní. Werner (2012) upozorňuje na to, že ve výzkumné oblasti chybí důkazy, že pomáhání vůbec má nějaký efekt nad rámec běžného a přirozeného zotavení. Po několika letech svého longitudinálního výzkumu říká: „*Dejte mi tři dobré studie, které ukazují, že pomáhání skutečně činí rozdíl*“ (s. 20).

Její skepticismus podporují i některé další studie. Např. Thabet, Vostanis a Karim (2005) zkoumali efektivitu skupinové kognitivně-behaviorální terapie (KBT) pro děti, které žijí v neustálém napětí v pásmu Gazy. Terapie jedné ze skupin v tomto případě obnášela techniky jako kreslení, hru nebo vyprávění, další skupina dětí dostala pouze informace o tom, jak se s těžkými událostmi vyrovnat. Zjistili nicméně, že není žádný signifikantní rozdíl mezi

skupinou, která KBT terapii obdržela a která nikoliv. Nejlépe paradoxně dopadla „informovaná skupina“. Autoři si to vysvětlují limity výzkumu a také tím, že skupiny byly příliš velké a uměle rozdělené (Thabet et al., 2005).

Jsou však také výzkumy, které našly významný rozdíl. Obvykle přitom upozorňují, že intervence po katastrofách by měly být schopny postihnout širokou škálu reakcí a zážitků, nikoliv jen v těsné návaznosti na událost, ale také v dlouhodobějším rázu. Měly by přitom jít za rámec katastrofického pojetí, za rámec „lечения“ traumatu (Salloum & Overstreet, 2012). Práce nyní uvede tři vybrané intervence, které ve svém konceptu zahrnují principy copingových strategií nebo protektivních faktorů tak, jak byly popsány v předchozích kapitolách.

2.5.1 První psychologická pomoc

Pokud postupujeme chronologicky od vzniku náhlé krizové události, jednou z možných intervencí je využití modelu první psychologické pomoci, který je jedním z nejpoužívanějších, pokud se jedná o katastrofické a náhlé krizové události (Špatenková a kol., 2017). Její popisy jsou různé, přičemž tato práce uvede popis Shibleyho (2010), který tuto pomoc řadí do šesti základních kroků.

První krokem je příprava. Tím se označuje jak příprava formou různých výcviků a vzdělávání pro případy toho, že člověk bude jednou podobným událostem čelit, tak studium kontextu události nebo místní kultury (Shibley, 2010).

Následuje fáze prvního kontaktu a zajištění základního komfortu a bezpečí. To se může lišit vzhledem k tomu, zda se jedná o kontakt s dítětem, které se stalo přímým svědkem neštěstí, nebo s dítětem, které neštěstí postihlo zprostředkovaně. V každém případě je dobré myslet na fyziologické potřeby dítěte a zajistit dítěti dostatečný přísun jídla a pití, stejně jako dostatečné soukromí (Shibley, 2010). Goldman píše, že *„aby truchlící proces proběhl zdravým způsobem, je důležité vytvořit bezpečné prostředí, kde nemusí dítě skrývat své slzy, svou frustraci, své mlčení ani své představy“* (2015, s. 65). Špatenková a kol. (2017) mezi zajištění bezpečí počítá také podávání informací, nabízení možnosti ptát se a spojení dítěte s jeho rodinou, pokud je to možné. Rodiče či jiní blízcí dospělí hrají pro bezpečí dítěte zásadní roli.

Přihlížení náhlým krizovým událostem se také často neobejde bez prožitku šoku či disociace, na které je možné reagovat čtvrtým krokem, stabilizací. K tomuto účelu jsou využívány tzv. uzemňující (*grounding*) techniky, které mají člověka vrátit do prožitku přítomnosti. Jednou z možných technik je například výzva „popiš pět věcí, které právě vidíš, cítíš, kterých se dotýkáš“ (Shibley, 2010).

Následuje praktická pomoc, která je krokem, který v sobě shrnuje praktickou složku krizové situace. Je to obvykle velmi pragmatický krok, který má jeden základní cíl: identifikovat nejaktuálnější potřeby a kroky, které povedou k jejich naplnění (Špatenková a kol., 2017). Může se jednat o uvolnění příjezdové cesty či informování nejbližších krizových center (Shibley, 2010).

Hned po ní (nebo současně s ní) přichází fáze mobilizace sociální opory, čímž se myslí nastolení spolupráce s rodiči, učiteli, nejbližšími sousedy, s komunitou. Posledním krokem je usnadnění tvorby přirozených mechanismů, kterými je dítě od přírody vybaveno. Míjí se tím podpora účinných copingových strategií, edukace rodičů či učitelů o (ne)efektivitě nejčastějších strategií nebo podpora dětské hry, která je dalším významným prostředkem vyrovnávání se s těžkou krizí (Shibley, 2010).

2.5.2 Hra

Když mluvíme o hře, můžeme si pod ní představit mnoho aktivit od hraní rolí, hry s loutkami, práci s modelínou (Goldman, 2015) po zdánlivě jednoduché hry, které slouží spíše k odvedení pozornosti (Jones, 2008). Hra je přitom důležitým pomocníkem v komunikaci s dítětem obecně. V případě vyrovnávání se s těžkou událostí ovšem hraje nenahraditelnou roli. Ačkoliv se někdy zdá jako bezcílná nebo lehkovážná, je často hlubokým způsobem, jakým dítě zpracovává své emoce, aniž by muselo těžkou událost pojmenovávat (Goldman, 2015).

V takovém případě hra dává dítěti možnost utřídit si své vzpomínky, integrovat své zkušenosti do jednoho smysluplného celku a dosáhnout tak většího porozumění a vyrovnání se s událostí. Někteří odborníci také upozorňují, že ve hře dítě může spontánně zkoušet různé copingové strategie. Může si jak na metaforické, tak na neurobiologické rovině vyzkoušet prožití události znovu, nanovo a úspěšněji. Hra často posiluje také vnímanou osobní zdatnost, kdy staví dítě mimo pasivní roli obětí, ale činí ho aktivním hráčem, který může disponovat fantazijními schopnostmi nebo silami, a zvítězit tak nad stresem. Mezi další významné funkce hry se počítá i budování sociálních vazeb (Cohen & Gadassi, 2018).

2.5.3 Vyprávění a příběhy

Krizové události, které dosahují rozměru traumatické události, jsou vybavovány jiným způsobem než události jiné. Jejich obsah je obvykle jasnější, detailnější a také naléhavější (Goodall et al., 2017; Gaffney, 2006). Následkem toho nejsou některé děti schopny jasně o události hovořit a mohou zažívat potíže se soustředěním. Mohou být také pronásledovány

pocity, které se k události váží, ale jinak je těžké přesně identifikovat jejich zdroj (Gaffney, 2006).

Podle Goldman (2015) si děti neposlední řadě mohou v sobě nést mnoho nevyslovených významů, magických představ, např. o tom, že smrt blízkého člověka zaviniily samy. Proto je jedna z univerzálních rad doporučení zůstat otevřený a diskutovat s dítětem i o těžkých tématech, jako je smrt. Zároveň s tím přichází i ochota dát dítěti dostatek prostoru svůj příběh vyjádřit: „*Naslouchejte nejen ušima, ale i srdcem. Dejte dítěti možnost vyprávět celý svůj příběh bez interpretací, posuzování či předsudků. Naslouchejte jeho vlastním otázkám, snům a představám a zkuste odhalit pocit viny či obavy dítěte*“ (Goldman, 2015, s. 61).

Gaffney (2006) uvádí, že vyprávění často přechází do malování, kreslení. Čím menší dítě je, tím kreativnější způsoby k vyjádření svých pocitů obvykle vymýšlí. Dokládá to zprostředkovaný příběh o chlapci, který zažil teroristický útok 11.zář 2001, a který byl následně klinickým psychologem dotázán, zda popíše, co se ve skutečnosti přihodilo. Tento chlapec vzal do ruky malou helikoptéru a podle její předlohy namaloval obrázek, který nesl název „ohňokoptéra“ s letadlem sršící oheň na blízké budovy (Gaffney, 2006).

Salloum a Overstreet (2012) popisují, že na vyprávění svého příběhu je zaměřena novější skupinová terapeutická intervence, založená na principech KBT, tzv. *Grief Therapy Intervention With Coping Skills and Narrative Processing* (GTI-CN). Tato terapie se snaží děti povzbuzovat k vyprávění o události skrze malování a následnou diskusi při individuálním rozhovoru. Skupinový facilitátor tento příběh zapíše a později, jakmile je dítě připravené a povzbuzené, dostává za úkol svůj příběh vyprávět i před skupinou dalších dětí.

Podobně se pracuje i s dětmi po náhlém zranění, např. po dopravní nehodě. Jedna z nových intervencí je tzv. CARE (*Coping With Accident Reactions*), která reaguje na nedostatek intervencí pro děti, které jsou mladší 6 let. V rámci této intervence dostanou rodiče mimo jiné speciálně vytvořenou knihu nazvanou „Odvážný Max“, která zahrnuje příběh dvouletého chlapce, bojujícího s popáleninami. Tyto příběhy mají sloužit k poskytnutí základních informací o copingových strategiích a kladou si za cíl pomoci rodičům ještě účinněji své dítě podpořit (De Young, Haag, Kenardy, Kimble & Landolt, 2016).

Jako poslední a velmi konkrétní techniku lze zmínit Příběhy z měsíční houpačky od autorky Müllerové (1998). Ta napsala 34 krátkých příběhů, které v sobě zahrnují prvky autogenního tréninku, tedy prvky zklidnění, uvolnění a relaxace. Během naslouchání má dítě získat díky imaginaci příběhu pocit klidu, tepla, cvičit dech. Příběhy mají také podporovat fantazii, kterou autorka vnímá jako „hnací sílu“ a která, jak je vidět na předchozích grafech, je jednou z nejvýraznějších copingových strategií mladších dětí (Donaldson et al., 2000).

Návrh výzkumného projektu

1. Výzkumný záměr

1.1 Východiska výzkumu

V dosavadní přehledové části byl zpracován způsob, jakým může být utvářena dětská odolnost v reakci na náhlou krizovou událost. Mnoho z použitých zahraničních výzkumů se zabývalo přírodními katastrofami, v americkém kontextu nejčastěji typu hurikánu, jiné výzkumy se zaměřovaly na náhlá fyzická zranění. Pouze část z nich se přitom zaměřovala specificky na jeden z protektivních faktorů. Jak naznačují autoři metastudie Marley a Mauki (2018), drtivá většina výzkumů je zaujata spíše projevy PTSD a neúčinnými vyrovnávacími strategiemi než pozitivními aspekty vyrovnávání a odolnosti. To lze vnímat jako nejčastější limit dosud provedených studií.

V českém prostředí je výzkum odolnosti u dětí stále v zárodku. První vlaštovkou jsou výzkumy dětských onkologických pacientů v rámci projektu QOLOP, longitudinálního prospektivního projektu Fakultní nemocnice Brno a Akademie věd (Blažková et al., 2017). Tyto výzkumy se snaží objasnit psychosociální aspekty zvládnání onkologického onemocnění dětskými pacienty, přičemž se zaměřují jak na copingové strategie (Blažková et al., 2017; Koutná, Blatný, Kepák, Jelínek & Blažková, 2014), tak na konkrétní protektivní faktory, např. sociální oporu (Blažková & Koutná, 2015). Samotná sociální opora se už od 90. let těší v českém kontextu o něco větší pozornosti než jiné protektivní faktory, věnoval se jí např. Křivohlavý, Šolcová, Kebza nebo Medved'ová. Často však zohledňuje pouze stresové situace lehčího rázu jako je školní zátěž (Krpoun, 2012; Mareš, 1999).

Tento výzkumný projekt proto vychází z pocíťovaného nedostatku a klade si za cíl zmapovat faktory dětské odolnosti v reakci na náhlou krizovou událost i v českém prostředí. Jelikož se v České republice běžně nesetkáváme se zemětřesením, hurikánem nebo válečným stavem, je pro jeho účely zvolena neméně aktuální a těžká krizová událost – dopravní nehoda (Marsac et al., 2014).

De Young et al. (2016) uvádí, že dokonce i v zahraničí je výzkum dětí po dopravních nehodách poměrně novým fenoménem, zvláště pokud se jedná o mladší děti. Přitom se podle něj zranění plynoucí z náhlých nehod počítají mezi nejčastější události těžší povahy, které mohou děti potkat. Jedním z odborníků, kteří zkoumali děti po dopravních nehodách, je Marsac se svými kolegy (2014). Kládli si otázky, jaké copingové strategie budou děti po nehodě

používat a jak budou tyto strategie souviset s rolí rodičů a vrstevníků, tedy se sociální oporou. Zjistili, že děti, které se s dopravní nehodou vyrovnávaly méně efektivně, používaly dokonce více copingových strategií než odolné děti. Mezi svými strategiemi ovšem uvedly i méně účinné, vyhýbavé strategie typu sociální izolace, a to i přesto, že reportované využívání strategie sociální opory měly stále vysoké.

Toto zjištění vede k otázce, čím je to způsobeno. Taková otázka se přitom podobá dotazu na to, zda byla dříve slepice, nebo vejce či zda byla dříve příčina nebo důsledek. Je možné, že děti, které se s událostí vyrovnávaly hůře, vyhledávaly sociální oporu s naléhavější potřebou, ale neuměly jí plně využívat. Je také možné, že ji využívaly plně, ale tato strategie přesto nebyla dostatečná. Může zde ale být také úplně jiná příčina. Současné zahraniční výzkumy, využívající především kvantitativní posouzení, na podobný rozpor zatím neodpovídají. V českém prostředí přitom schází zkoumání odolnosti dětí po dopravní nehodě vůbec. Z toho důvodu navržený výzkumný projekt kombinuje jak kvantitativní, tak kvalitativní posouzení.

1.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Primárním a obecnějším cílem výzkumu je zmapovat, jakým způsobem se české děti vyrovnávají s dopravní nehodou středně těžké až těžké povahy. Na základě zjištěných výsledků pak bude možné fenomén odolnosti po dopravní nehodě zkoumat v českém prostředí podrobněji a za použití konkrétnějších hypotéz. Pod tento cíl výzkumu spadá několik dílčích úkolů.

Prvním z nich je zjistit, jaké copingové strategie děti po dopravní nehodě nejčastěji používají. V tomto ohledu výzkum vychází z výše zmíněné zahraniční studie Marsac a dalších výzkumníků (2014), kterou uvádí do českého prostředí, a inspiruje se také českou studií Blažkové a kolektivu (2017), kterou aplikuje na odlišnou skupinu dětí oproti původním onkologickým pacientům. Ačkoliv se studie zaměřovaly na jiný vzorek dětí, přicházejí s podobnými výsledky. Marsac se svým týmem (2014) zjistili, že mezi dětmi po dopravní nehodě jsou nejpoužívanějšími strategiemi fantazijní únik a kognitivní restrukturační. Blažková s kolektivem (2017) uvádí jako nejčastější kognitivní restrukturační, sociální oporu a rezignaci. Tento výzkum se pokusí uvedené závěry ověřit. S ohledem na výzkumný soubor očekává výsledky podobnější studii, se kterou sdílí vzorek dětí po dopravních nehodách (tj. Marsac et al., 2014).

Zjištění frekvence různých copingových strategií spadá do kvantitativní části výzkumu. Druhý úkol už zahrnuje i kvalitativní posouzení. Tímto úkolem je objasnit, jak úspěšně či

neúspěšně dané strategie dítě hodnotí a jakou má toto hodnocení souvislost s prožívanou (ne)efektivitou zvládnání nehody.

Třetím samostatným dílčím úkolem je objasnění úlohy jedné z copingových strategií a zároveň protektivního faktoru – sociální opory. Zde se opět setkává kvantitativní i kvalitativní část výzkumu. První má za úkol zjistit, nakolik a jak této strategie děti po dopravní nehodě vůbec využívají, a druhá objasnit, kdo sociální oporu dítěti nejčastěji poskytuje, jakým způsobem a jak ji dítě zpětně hodnotí. V kvantitativní části se výzkum inspiroje studií Koukoly a Ondřejové (in Mareš, 2001), kde bylo na dětech všech věkových kategoriích zkoumáno, kdo sociální oporu při životních zkouškách nejčastěji poskytuje. Zjištěno bylo, že to jsou rodiče.

Výše uvedené cíle lze shrnout do několika výzkumných otázek:

VO1: Jaké copingové strategie děti po dopravní nehodě nejvíce využívají?

VO2: Jak účinné jsou tyto strategie dětmi hodnoceny?

VO3: Jak často a jakým způsobem děti po dopravní nehodě využívají sociální opory?

VO4: Kdo tuto oporu nejčastěji poskytuje?

VO5: Jak tato opora souvisí s aktuálním posouzením efektivity zvládnání?

VO6: Existuje způsob, kterým lze sociální podporu učinit ještě efektivnější?

1.3 Hypotézy

Cíl výzkumu, jeho úkoly a výzkumné otázky týkající se kvantitativní části ověřují tyto hypotézy:

H1: Nejčastěji využívanými copingovými strategiemi po dopravní nehodě jsou fantazijní únik, pozitivní restrukturační a sociální opora.

H2: Strategie kognitivní restrukturační bude hodnocena jako efektivní strategie ve vyrovnávání se s dopravní nehodou.

H3: Sociální opora bude hodnocena jako efektivní strategie ve vyrovnávání se s dopravní nehodou.

H4: Sociální oporu po dopravní nehodě nejčastěji poskytují rodiče nebo blízcí rodinní příslušníci.

Významnými proměnnými v kvantitativní části výzkumu bude četnost využití copingových strategií, jejich vnímaná efektivita a osoby poskytující sociální oporu.

2. Výzkumný soubor

Navržený výzkum se zaměřuje na děti ve věku 9–12 let. Mladší děti opomíjí především z důvodu snadnější administrace dotazníkových metod, starší děti vylučuje celkové zaměření práce na děti do 12 let.

Výběr výzkumného souboru dětí bude realizován kritériálně. Aby děti mohly být do studie zařazeny, musí kromě věku splňovat následující kritéria, kterými jsou:

1. Přímá účast na dopravní nehodě středně těžkého až těžkého charakteru v čase před šesti až devíti týdny
2. Schopnost vyplnit samostatně navržený dotazník
3. Souhlas s účastí ve výzkumu

První kritérium zahrnuje účast na nehodě středně těžkého až těžkého charakteru. Policie ČR (2019) obvykle nehody dělí dle osoby zavinění, dle typu vozidla nebo dle příčiny. Postižené osoby přitom dělí na lehce zraněné, těžce zraněné a usmrcené. Dělení na událost středně těžkého až těžkého charakteru je jakýmsi kompromisem, který se snaží cílit pouze na děti, jež se účastnily nehody, při které byly svědkem vážného zranění nebo usmrcení. Přitom se snaží vyloučit děti, které byly přítomny pouze nehody lehčího druhu. Doba více než 6 týdnů odpovídá době, po které je již možno diagnostikovat případnou PTSD poruchu (Baštecká, 2005) a zároveň je dobou, během které se již dostatečně stihnou rozvinout mechanismy zvládnutí. Výzkum si zároveň chce předejít zkreslení způsobenému pozdějším zkoumáním. Tak tomu bylo např. ve studii Marsac a dalších výzkumníků (2014), kteří zkoumali děti až 6 měsíců po události dopravní nehody.

Schopnost vyplnit samostatně dotazník je dána vývojovou úrovní. Ve věku 9 let a výš je předpokládáno, že většina dětí toto kritérium bude schopna naplnit.

Souhlas s účastí ve výzkumu se váže k aktuálnímu fyzickému a psychickému stavu dítěte i k etickému ošetření projektu. Tento písemný souhlas podepisuje rodič nebo zákonný zástupce dítěte, pokud usoudí, že dítě je ve stavu, kdy je schopno se na studii podílet. Zároveň bude mít samo dítě kdykoliv jak na začátku, tak v průběhu, možnost účast na výzkumu odmítnout a přerušit.

Ideální počet dětí ve výzkumném vzorku by měl dosáhnout 50 dětí. Report Policie ČR z března 2019 uvádí, že od ledna do března tohoto roku se v České republice událo 3810 nehod, při nichž bylo 365 lidí těžce zraněno a 87 lidí usmrceno (Policejní prezidium České republiky, 2019). Počet přítomných dětí u nehod report neuvádí, vzhledem k jejich vysokému počtu je

však možno předpokládat, že dosažení uvedeného výzkumného souboru je možno pokládat za reálné v době nepřesahující půl roku.

Aby bylo možné uvedené děti oslovit, využije výzkumný projekt spolupráce s neziskovými organizacemi, které k dětem zasaženým dopravní nehodou mají přístup. Takovou organizací je ČSODN, České sdružení obětí dopravních nehod. Na svých webových stránkách organizace uvádí, že i přes zaměření na dospělou populaci podporuje také děti, a to především odkazem na některou z nadací. ČSODN vytipovává rodiny, kterým by mohly nadace pomoci získat prostředky k vyrovnání se s následky nehody (Podpora pozůstalých dětí, n. d.). Proto se dá předpokládat, že bude mít přístup k dětem, které splňují výše uvedená kritéria. Další možností spolupráce jsou už samotné nadace. V České republice se jedná například o nadaci Truck Help nebo o Dětskou dopravní nadaci.

3. Design výzkumného projektu

3.1 Metody

Jak bylo uvedeno v popisu výzkumných cílů, výzkumný design se bude skládat z metod kvantitativního i kvalitativního charakteru. Kvantitativní část výzkumu lze z hlediska použité metodologie zařadit pod mapující výzkum, kvalitativní část výzkumu pod zakotvenou teorii. Výzkum se ve výběru metod byl nucen přizpůsobit nedostatku adekvátních metod upravených pro české prostředí. Zahraničních metod je v současné chvíli poměrně dost, přeložených je však podstatně méně. Nakonec zvolil dvě z dostupných kvantitativních metod, dotazníky *Kidcope*, *SSQ6* a kvalitativní nástroj v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Na začátku bude dětem také předložen úvodní demografický dotazník, který upřesní kontext dopravní nehody. K nalezení je v příloze.

Dotazník *Kidcope*

Dotazník *Kidcope* vytvořil v roce 1988 Spirito et al. (1988). Tuto metodu ve svém výzkumu dětí po dopravních nehodách využila Marsac et al. (2014), která ji popisuje jako metodu s ověřenou validitou a vnitřní konzistencí, a také Blažková et al. (2017) při zkoumání dětských onkologických pacientů.

Dotazník má několik verzí, pro účely tohoto výzkumu bude použita verze pro mladší děti od 7 do 12 let (Ficková, 2006). Dotazník se skládá z 15 otázek, které na základě sebeposouzení zjišťují 10 copingových strategií: *odvedení pozornosti, sociální izolace, kognitivní restrukturační, sebekritika/sebeobviňování, obviňování druhých, řešení problému, emoční regulace, fantazijní únik, sociální opora a rezignace* (Blažková et al., 2017). Dotazník zjišťuje četnost užívání konkrétních strategií na škále od „vůbec“ až po „pořád“. Hodnotí také účinnost použité strategie od „vůbec nepomohlo“ po „opravdu hodně pomohlo“. Následně copingové strategie dělí na strategie aktivní a vyhýbavé (Blažková et al., 2017).

V dotazníku bude stresor pojmenován jako „dopravní nehoda“ nebo „nehoda“.

Dotazník *SSQ6*

Dotazník *SSQ6* pochází z původní verze známého a „klasického“ dotazníku *Social Support Questionnaire*. Tato verze měla původně 27 otázek, na jejím podkladě však pod vedením Sarasona vznikla verze kratší, skládající se ze 6 otázek, avšak s podobně prokazatelnou validitou a realibilitou (Sarason, Sarason, Shearin & Pierce, 1987). Podle Koukoly a Ondřejové (in Mareš, 2001) obě verze do češtiny přeložil Krivohlavý. Uvedené otázky mají za

cíl zjistit jednak druh a počet lidí, na které se může dítě či dospívající obrátit, jednak to, jak moc dítě oporu vnímá jako efektivní a jak s ní je spokojeno (Koukola & Ondřejová in Mareš, 2001). Dotazník přitom nechává volnost v odpovědi na nositele sociální opory, což se ukázalo jako dobrá volba. Ve výzkumu Koukoly a Ondřejové, kteří zkoumali 1176 dětí, se takových nositelů ukázalo 73, tento počet byl později sdružen do počtu 43 (in Mareš, 2001).

Otázky, které dotazník obsahuje, se nacházejí v příloze. Spokojenost s nositelem (zdrojem) sociální opory, tedy spokojenost s poskytovanou pomocí hodnotí děti pomocí šestibodové škály od velice spokojen po velice nespokojen (Koukola & Ondřejová in Mareš, 2001, s.127-131).

V souvislosti s dopravní nehodou budou děti instruovány, aby otázky, které jsou spíše obecného charakteru, vyplňovaly v návaznosti právě na tuto událost.

Rozhovor

Pro účely hlubšího posouzení sociální opory a efektivity používaných strategií bude použit kvalitativní nástroj, a to polostrukturovaný rozhovor nebo také strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami (Hendl, 2016). Tento rozhovor bude vycházet z dat získaných kvantitativními metodami, tedy z četnosti jednotlivých copingových strategií používaných po dopravní nehodě, jejich vnímané efektivity, z určení osob, které po dopravní nehodě dítěti poskytují sociální oporu a ze spokojenosti, kterou tato opora dítěti přinesla. Vycházeno je z doporučení Mareše (2001), který se zabýval zkoumáním sociální opory, a který tvrdí, že kvantitativní metody mohou zjistit, které vztahy jsou významnější nebo které funkce opora plní, ale kvalitativní nástroje se oproti tomu mohou soustředit na kvalitu těchto vztahů a jejich strukturu.

Dle Hendla (2016) je tento typ rozhovoru vhodný v situaci, kdy s dotazovaným bude tráven pouze omezený čas a kdy je zároveň potřeba minimalizovat dopad výzkumníka na výsledek rozhovoru. Tento typ rozhovoru disponuje předem vydefinovanými otázkami a okruhy témat, ale stále poskytuje výzkumníkovi volnost v pořadí otázek a způsobu jejich pokládání. Otázky navržené pro rozhovor s dětmi po dopravní nehodě se nacházejí v příloze.

3.2 Sběr dat

Sběr dat se bude odehrávat ve dvou etapách. Dítě do první etapy výzkumu nastoupí 6–9 týdnů od uplynulé dopravní nehody.

V první etapě vyplní dotazníky *Kidcope* a *SSQ6*. Administrace dotazníků proběhne na půdě spolupracující neziskové organizace a dotazníky dítě bude vyplňovat samostatně, formou tužka-papír. Jelikož 50 dětí splňujících kritéria pro výběr do výzkumného souboru pravděpodobně nebude možné oslovit a zkoumat ve stejném čase, bude vyplňování dotazníků probíhat přibližně ve skupinách po 10 dětech, a to co nejdříve, jakmile se podaří tohoto počtu dosáhnout. Zákonní zástupci budou o dostupných termínech včas informováni. Časová náročnost obou metod by neměla přesáhnout míru pozornosti, kterou jsou schopny 9 až 12leté děti vynaložit, protože by neměla přesáhnout více než 40 minut.

Administrátor dotazníků nebude obeznámen se záměrem a cílem výzkumné studie, bude se tak jednat o zaslepení, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků skrze očekávání výzkumníka. Úkolem administrátora bude také vysvětlit dítěti, že neexistují žádné správné ani špatné odpovědi na položené otázky.

V druhé etapě se bude jednat o využití individuálního polostrukturovaného rozhovoru, který zohlední získané výsledky dvou předcházejících dotazníků a pokusí se na jejich základě intenzivněji rozpracovat výzkumné otázky. Druhá etapa zkoumání by měla nastat týden po zadání dotazníkových metod a opět by měla proběhnout na neutrální půdě neziskové organizace. Rozhovor bude veden vyškoleným psychologem a neměl by trvat více než hodinu.

V závislosti na přístupu k osloveným dětem by sběr dat první i druhé etapy nepřesáhne dobu půl roku.

3.3 Analýza dat

Každá z etap zkoumání bude disponovat odlišnou analýzou.

První etapa, která zahrnuje kvantitativní design výzkumu, bude vyžadovat statistickou analýzu. K vyhodnocení obou dotazníků bude využit program SPSS. Podobně jako ve výzkumu Blažkové et al. (2017), bude dotazník *Kidcope* vyhodnocen pomocí Wilcoxonova testu za použití hladiny významnosti 0,5. Tato metoda analýzy je zvolena mimo jiné z důvodu malého výzkumného souboru. Vyhodnocovat se bude frekvence užití jednotlivých strategií, a to pro každou strategii zvlášť. Následně se bude vyhodnocovat průměrné hodnocení efektivity dané strategie.

Pokud Wilcoxonův test potvrdí nejčastější využití strategií fantazijních únik, kognitivní restrukturační a sociální opory, bude podpořena H1. Pokud tento test dále potvrdí, že ty strategie kognitivní restrukturační a sociální opory jsou vnímány jako nejefektivnější, budou podpořeny H2 a H3.

Dotazník SSQ6 bude vyhodnocen bivariační analýzou. V závislosti na odpovědi je dítěti přidělen skóre s údajem, jak moc danou oporu využívá. Na základě toho budou výsledky dětí následně rozděleny do skupin vysoké sociální opory a nízké sociální opory. Podobné rozdělení proběhne i s vnímanou kvalitou dané sociální opory. Selektivním kódováním pak proběhne i kategorizace druhu osob, které sociální oporu poskytují, jak navrhuje Koukola a Ondřejová (in Mareš, 2001). Pokud test potvrdí, že sociální opora je u dětí po dopravní nehodě využívána ve velkém množství, bude podpořena H3. Pokud kódování kategorií ukáže, že nejčastějšími poskytovateli sociální opory po dopravní nehodě jsou rodiče, bude podpořena H4.

Vyhodnocení kvalitativního polostrukturovaného rozhovoru bude probíhat už jen výhradně skrze kódování. V první fázi se bude jednat o otevřené kódování, které Hendl (2016) popisuje jako kódování slov nebo odstavců, které pojmenovávají určitá témata. Cílem tohoto kódování je redukce velkého počtu slov, myšlenek na základě identifikace obecnějších kategorií. Pokud budou mezi kategoriemi nalezeny signifikantní vztahy, pak podle Hendla bude možno využít axiálního kódování, které zkoumá vzájemné propojení mezi tématy a selektivního kódování, kdy budou identifikována závěrečná témata rozhovoru, tedy konkrétní osoby, které poskytují sociální oporu dítěti po dopravní nehodě a zároveň vnímaná kvalita této opory.

3.4 Etické ošetření výzkumu

Jak již bylo nastíněno, děti se mohou studie zúčastnit pouze za podmínky informovaného souhlasu zákonného zástupce. Přihlížet se přitom bude i k přání dítěte. Po podepsání souhlasu budou jak zákonní zástupci, tak děti informováni o možnosti kdykoliv v průběhu svou účast ukončit, a to bez nutnosti udání důvodu.

Během účasti ve výzkumu bude dítěti přiřazeno číslo, které bude používáno během manipulace s daty namísto skutečného jména. Jakákoliv data budou přísně chráněna a použita pouze k výzkumným účelům, nahrávky rozhovorů budou po přepisu rozhovorů smazány. Dítě bude na začátku ujistěno, že žádná odpověď, ať již v dotazníku či v rozhovoru je správná každá upřímná odpověď a že jeho data zůstanou anonymní, nebudou poskytnuta zákonnému zástupci ani dalším třetím osobám.

Děti, případně zákonní zástupci, kteří budou mít zájem o obecné výsledky výzkumu, je budou mít možnost obdržet emailem, jakmile budou k dispozici.

4. Diskuze

V literárně přehledové části se práce nejprve zaměřuje na vymezení kontextu krize u dětí a uvedení nového pojmu „náhlé krizové události“. Ze studia zahraničních výzkumů totiž vyplynula potřeba pojmenovat události náhlé a těžké povahy jiným způsobem než označením, které v sobě akcentuje trauma. Žádné jiné vhodné označení zatím v českém práce nenalezla. Autorka přitom argumentuje názory některých odborníků a také poměry dětí, které si zachovávají svou odolnost ku poměru dětí, které nikoliv, přičemž se ukazuje, že odolných dětí je více než třetina.

Odolnost jako taková je jev zkoumaný, ale dle některých autorů stále podceňovaný a nepochopený. Mnoho psychologů stále zkoumá její definice, snaží se rozlišit, zda se jedná o proces nebo výsledný stav, zda je utvářena spíše vrozenými dispozicemi nebo je dána situací. Je však otázkou, zda se při tomto bádání neztrácí skutečný, praktický význam odolnosti. Ve chvíli, kdy se dítě potýká s událostí typu hurikánu, povodní, dopravní nehody nebo teroristických útoků, ustupují teorie stranou. Autorka práce vnímá prozatímní nouzi v propojení poznatků a znalostí, které o odolnosti zatím máme s tím, jak jsou dětem „šité na míru“ následné intervence. Je toho názoru, že je zde velký potenciál pro zlepšení. Kolik toho například psychologie zatím ví o tom, jak může hojivě fungovat v interakci s dětmi po náhlých krizových událostech humor nebo posílení naděje? Práce proto navrhuje, aby těmto tématům bylo věnováno více pozornosti, která je zatím upírána spíše na patologické a traumatické reakce.

Dostupné poznatky o odolnosti jsou přitom poměrně srozumitelné a nabízí alespoň základní orientační plán pro situaci, kdy mnoho jiných zdrojů a přístupů selže. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že jednou z cest po náhlé krizové události je např. posílení účinných copingových strategií, otevřená komunikace nebo posílení sociální opory a dalších protektivních faktorů, které na dítě neustále působí.

Navržený výzkumný projekt pak doporučuje a popisuje výzkum dětí, které se vyrovnávají s událostí dopravní nehody těžšího charakteru. Ve své podstatě je tento výzkumný design jedinečný, na české psychologické scéně zatím žádný podobný najít nelze. Dokonce i v zahraničním prostředí je zatím jen málo výzkumů, které by se při zkoumání dětí po dopravní nehodě zaměřovaly na copingové strategie, protektivní faktory nebo posílení odolnosti. Takový výzkum jako jedna z prvních nabízí např. zmíněná Marsac se svými kolegy (2014). Jiné výzkumy často hodnotí spíše účinnost některé z intervencí (Goodall et al. 2017).

Praktický přínos tohoto projektu tak spočívá především ve dvou zásadních aspektech: prvně, zaměřuje se na české prostředí, kde má poměrně volné pole působnosti, co se týče

navržení případných hypotéz pro navazující zkoumání; za druhé, pokud bude dosaženo hlubšího pochopení strategií, které pomáhají českým dětem ve vyrovnávání se s dopravní nehodou, mohou z výzkumu vycházet intervence, které jsou těmto dětem poskytovány, V ideálním případě se mohou získané poznatky využít při edukaci zákonných zástupců dítěte či být zahrnuty do informačních letáků, které se zasaženým po dopravní nehodě distribuují.

Výzkum má však několik limitů. Prvním z limitů je výběr metod, jenž byl značně omezeným nedostatkem metod, které by byly přeloženy do češtiny a následně validizovány. Je proto učiněn kompromis a jsou vybrány metody, které jsou sice staršího charakteru, ale přesto jsou hodnoceny kladně a jsou využívány i současnými českými výzkumníky, jako je tomu v případě *Kidcope* u Blažkové a kolektivu (2017).

Úskalím jak *Kidcope*, tak *SSQ6* je skutečnost, že využívají sebesouzení, které v tomto věku může být ještě nedostatečně vyvinuté, jak uvádí Goodall et al. (2017). Výsledky mohou být také značně zkresleny sociální desirabilitou. Děti ve starším školním věku se obvykle snaží vyhovět požadavkům, které jsou na ně kladeny, a snaží se vyhnout selhání v očích významných dospělých. Ačkoliv bude snaha tuto desirabilitu snížit skrze instrukci administrátora a později psychologa, se kterým bude rozhovor veden, musí být brána v potaz.

Dalším úskalím, na které upozorňuje Mareš (1999), je otázka reálné korespondence kvantitativních metod se skutečně prožívaným stavem dítěte. Dle něj tyto metody, nakolik jsou validní a reliabilní, poskytují pouze omezený vhled do bohatosti prožívaného života a je otázkou, nakolik tyto metody jsou schopny zachytit pestrou škálu vyrovnávacích strategií, kterých může být ve svém důsledku mnohem více, než dotazník nabízí (Skinner et al., 2003). Toto úskalí je však částečně zmírněno kvalitativní částí výzkumného designu.

Největší slabinou výzkumu, která koresponduje s výzkumným záměrem, ale musí být zohledněna při interpretaci výsledků, je velikost vzorku. I v případě, kdy by se podařilo získat ideálních 50 respondentů, by taková velikost vzorku nestačila na vyvozování obecně platných závěrů. Jak bylo uvedeno v cílech výzkumu, výsledky tohoto projektu slouží spíše ke zmapování současných fenoménů. Kvantitativní část výzkumu je podkladem pro navazující kvalitativní část. Teprve v návaznosti na kvalitativní část bude možno podat návrhy na další studie, které by se mohly získanými poznatky inspirovat a zkoumat již konkrétní aspekty sociální opory nebo četnost použití copingových strategií na větším vzorku dětí.

Závěr

Cílem této práce bylo shrnout dosavadní poznatky o dětské odolnosti a popsat, jakým způsobem se tato odolnost projevuje v reakci na náhlou krizovou událost spolu s tím, jak ji lze podpořit nebo posílit. Vysvětluje přitom nový koncept náhlé krizové události a zdůvodnění jeho použití, které tkví v tom, že dosavadní označení těchto krizových událostí příliš zdůrazňují trauma jako jejich důsledek. Práce argumentuje názory několika odborníků, kteří se domnívají, že traumatu už bylo věnováno pozornosti příliš mnoho. Naopak současné psychologii podle nich schází spíše porozumění těm faktorům, které způsobují, že jsou děti i v tváři tvář děsivé události schopny zachovat si svou psychickou integritu a dát tak stresoru „na frač“.

Z toho důvodu práce představuje výzkumy, které popisují počet dětí, jež reagují na náhlou krizovou traumatickou reakcí ku počtu dětí, které reagují odolně. Pro práci je klíčové zjištění, že více než třetina reaguje odolným způsobem a pouze necelá pětina projevuje traumatickou a klinicky významnou reakci.

Dále se práce snažila pojmenovat, jaké faktory za touto odolností stojí. Tyto faktory pojmenovala jako copingové strategie a protektivní faktory, jejichž popis tvoří jádro celé teoretické části. Mezi zajímavá zjištění patří, že některé copingové strategie jsou účinnější než jiné. Za takové lze považovat např. kognitivní restrukturuaci a sociální oporu. Neplatí přitom, že čím více technik je používáno, tím lepšího výsledku je dosaženo. Je téměř paradoxní, že děti, které se projevily odolně, používaly spíše méně technik než děti jiné. Soustředily se přitom však na spíše aktivní techniky řešení problému a obecně méně používaly vyhuběnější strategie.

Jako protektivní faktory práce popisuje vnější faktor sociální opory, který se ukázal být jedním z vůbec nejvýznamnějších pro odolnost dítěte. Práce však uvádí i vnitřní protektivní faktory spolu se zdůvodněním, proč tak činí: vnímanou osobní zdatnost, sebeúctu, optimismus, naději a smysl pro humor. V závěru se pak věnuje 3 konkrétním způsobům intervencí, které s těmito faktory nebo účinnými copingovými strategiemi zacházejí.

V praktické části byl navržen mapující výzkum, který zjišťuje utváření odolnosti dětí po středně těžkých až těžkých dopravních nehodách. Toto téma je v českém prostředí zatím nezpracované, v čemž spočívá největší přínos výzkumného návrhu a také důvod, proč je zvolen smíšený kvantitativní i kvalitativní design. Výzkum se přitom soustředí na několik dílčích úkolů: ověřuje, jaké strategie nejčastěji děti po dopravních nehodách používají a zjišťuje význam sociální opory.

Seznam použitých zdrojů

- Ames, M. E., Rawana, J. S., Gentile, P., & Morgan, A. S. (2015). The protective role of optimism and self-esteem on depressive symptom pathways among Canadian Aboriginal youth. *Journal Of Youth And Adolescence*, 44(1), 142–154. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-0016-4>
- APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barron, J. (2001, September 11). *Thousands Feared Dead as World Trade Center Is Toppled*. New York Times, Archives. Retrieved from: <https://www.nytimes.com/2001/09/11/national/thousands-feared-dead-as-world-trade-center-is-toppled.html>
- Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
- Blažková, T., & Koutná, V. (2015). Sociální opora u dětí a dospívajících po léčbě onkologického onemocnění. *Československá psychologie*, 59(4), 346–358. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=109950000&lang=cs&site=ehost-live>
- Blažková, T., Blatný, M., Jelínek, M., Koutná, V., & Kepák, T. (2017). Zvládání u dětí a dospívajících po léčbě onkologického onemocnění a jeho vztah k výskytu depresivní symptomatologie. *Československá Psychologie*, 61(1), 43- 57. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=122366229&lang=cs&site=ehost-live>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Brooks, R. B., & Goldstein, S. (2005). *Handbook of Resilience in Children*. New York: Springer Science & Business Media. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=190303&lang=cs&site=ehost-live>
- Cohen, E., & Gadassi, R. (2018). The Function of Play for Coping and Therapy with Children Exposed to Disasters and Political Violence. *Current Psychiatry Reports*, 20(5), 31. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0895-x>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- De Young, A. C., Haag, A. C., Kenardy, J. A., Kimble, R. M., & Landolt, M. A. (2016). Coping with Accident Reactions (CARE) early intervention programme for preventing traumatic stress reactions in young injured children: study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*, 17, 362. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1490-2>

- Donaldson, D., Prinstein, M. J., Danovsky, M., & Spirito, A. (2000). Patterns of children's coping with life stress: Implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 351–359. <https://doi.org/10.1037/h0087689>
- Erchul, W. P. (2009). Gerald Caplan (1917-2008). *American Psychologist*, 64(6), 563. <https://doi.org/10.1037/a0015753>
- Gaffney, D. A. (2006). The aftermath of disaster: children in crisis. *Journal Of Clinical Psychology*, 62(8), 1001–1016. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=16700019&lang=cs&site=ehost-live>
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9 - 11-year-old children: the development of an instrument. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(1), 1–9.
- Goldman, L. (2015). *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál.
- Goodall, B., Chadwick, I., McKinnon, A., Werner-Seidler, A., Meiser-Stedman, R., Smith, P., & Dalgleish, T. (2017). Translating the Cognitive Model of PTSD to the Treatment of Very Young Children: A Single Case Study of an 8 Year Old Motor Vehicle Accident Survivor. *Journal Of Clinical Psychology*, 73(5), 511–523. <https://doi.org/10.1002/jclp.22449>
- Greca, A., Lai, B., Llabre, M., Silverman, W., Vernberg, E., & Prinstein, M. (2013). Children's Postdisaster Trajectories of PTS Symptoms: Predicting Chronic Distress. *Child & Youth Care Forum*, 42(4), 351–369. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9206-1>
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and Gender Effects on Coping in Children and Adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 34(2), 73–83. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-3207-9>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. (Vyd. 4, 440 s.) Praha: Portál.
- Hrušková, Z. & Bačovský, B. (2015). *Péče o pozůstalé po náhlém úmrtí*. Praha: Dlouhá cesta z. s.
- Jeney-Gammon, P., & Daugherty, T. K. (1993). Children's coping styles and report of depressive symptoms following a natural disaster. *Journal of Genetic Psychology*, 154(2), 259. <https://doi.org/10.1080/00221325.1993.9914739>
- Jones, L. (2008). Responding to the needs of children in crisis. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)*, 20(3), 291–303. <https://doi.org/10.1080/09540260801996081>
- Jones, L., Rrustemi, A., Shahini, M., & Uka, A. (2003). Mental health services for war-affected children: report of a survey in Kosovo. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 183, 540–546. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=14645026&lang=cs&site=ehost-live>

Kebza, V. (2013). *Chování člověka v krizových situacích*. (Vyd. 2, 132 s.) Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze.

Khamis, V. (2015). Coping with war trauma and psychological distress among school-age Palestinian children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/ort0000039>

Kichline, T., Kassam-Adams, N., Weiss, D., Herbers, J., & Marsac, M. (2017). Parent Peri-Trauma Posttraumatic Stress Symptoms, Appraisals, and Coaching of Avoidant Coping: A Multi-Method Approach. *Journal of Child & Family Studies*, 26(10), 2879–2888. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0785-6>

Koukola, B. & E. Ondřejová, J. (2001). Ověřování dotazníku SSQ6 u žáků základní školy, středních a vyšších odborných škol, I. část. In Mareš, J. (ed.): *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus.

Koutná, V., Blatný, M., Kepák, T., Jelínek, M., & Blažková, T. (2014). Sociální opora dětí a adolescentů po léčbě onkologického onemocnění v porovnání s dětmi a adolescenty z běžné populace. *Československá psychologie*, 58(5), 326- 339. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=99674444&lang=cs&site=ehost-live>

Kronenberg, M. E., Hansel, T. C., Brennan, A. M., Osofsky, H. J., Osofsky, J. D., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241–1259.

Křivohlavý, J. (1989). Psychologie u nás a v zahraničí. *Československá psychologie*, 23 (1), 93-99.

Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1639955&lang=cs&site=ehost-live>

Last, B. F., & Grootenhuis, M. A. (1998). Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: a model for psychosocial care. *Patient Education And Counseling*, 33(2), 169 - 179. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=9732657&lang=cs&site=ehost-live>

Leckman, J. F., & Mayes, L. C. (2007). Nurturing resilient children. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry, And Allied Disciplines*, 48(3–4), 221–223. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17355396&lang=cs&site=ehost-live>

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD 11. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(3), 198–206. <https://doi:10.1002/wps.20057>

Mareš, J. (1999). Diagnostika zvládání zátěže u dětí a dospívajících. *Pedagogika*, 49(1), 12-42.

Marley, C., & Mauki, B. (2018). Resilience and protective factors among refugee children post-migration to high-income countries: a systematic review. *European Journal Of Public Health*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky232>

Marsac, M. L., & Kassam-Adams, N. (2016). A novel adaptation of a parent-child observational assessment tool for appraisals and coping in children exposed to acute trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1–N.PAG. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31879>

Marsac, M. L., Donlon, K. A., Hildenbrand, A. K., Winston, F. K., & Kassam-Adams, N. (2014). Understanding recovery in children following traffic-related injuries: exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Clinical Child Psychology And Psychiatry*, 19(2), 233–243. <https://doi.org/10.1177/1359104513487000>

Ministerstvo vnitra a generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR (2010). *Standarty psychosociální krizové pomoci a spolupráce zaměřené na průběh a výsledek*. Praha: Tiskárna ministerstva vnitra, p. o.

Ministerstvo vnitra a generální ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR (2005). *Psychosociální odpověď na kolektivní násilí a terorismus*. Terénní průvodce. Praha: Tiskárna ministerstva vnitra, p. o.

MSF. (2018, September 17). *Self-harm and attempted suicides increasing for child refugees in Lesbos*. Retrieved from <https://www.msf.org/child-refugees-lesbos-are-increasingly-self-harming-and-attempting-suicide>

Müllerová, E. (1998). *Příběhy z měsíční houpačky*. Praha: Portál.

Ouyang, X., Xin, T., & Chen, F. (2016). Construct Validity of the Children's Coping Strategies Scale (CCSS): A Bifactor Model Approach. *Psychological Reports*, 118(1), 199–218. <https://doi.org/10.1177/0033294116628362>

Paul, H. A. (2016). What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents, by P. Fonagy, D. Cottrell, J. Phillips, D. Bevington, D. Glaser, & E. Allison. *Child & Family Behavior Therapy*, 38(3), 269–277. <https://doi.org/10.1080/07317107.2016.1203157>

Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing as.

Podpora pozůstalých dětí [ČSODN]. (n.d.). Dostupné z <http://www.csodn.cz/podpora-detskych-obeti>

Policejní prezidium České republiky (5. března 2019). Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice za období leden - březen 2019. Retrieved from <https://www.policie.cz/soubor/informace-o-nehodovosti-unor-2019-pdf.aspx>

Price, J., Kassam-Adams, N., Alderfer, M. A., Christofferson, J., & Kazak, A. E. (2016). Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal Of Pediatric Psychology*, 41(1), 86–97. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv074>

- Prinstein, M. J., La Greca, A. M., Vernberg, E. M. & Silverman W., K. (1996). Children's coping assistance: How parents, teachers, and friends help children cope after a natural disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(4), 463. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2504_11
- Pronczuk, J., & Surdu, S. (2008). Children's environmental health in the twenty-first century. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1140, 143–154. <https://doi.org/10.1196/annals.1454.045>
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *The American Psychologist*, 41(7), 813- 819. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=3740641&lang=cs&site=ehost-live>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social & Personal Relationships*, 4(4), 497–510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Salloum, A., & Overstreet, S. (2012). Grief and trauma intervention for children after disaster: exploring coping skills versus trauma narration. *Behaviour Research And Therapy*, 50(3), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.001>
- Seballos, T., Tanner, M., Tarazona, & Gallegos, J. (2011). *Children and disasters: Understanding impact and enabling agency*. Retrieved from http://www.childreninachangingclimate.org/uploads/6/3/1/1/63116409/impacts_and_agency_final.pdf
- Shibley, H. (2010). Psychological first aid: Helping children overcome disasters. *Brown University Child & Adolescent Behavior Letter*, 26(4), 1–6. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=48735462&lang=cs&site=ehost-live>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
- Spirito, A., Stark, L. J., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal Of Pediatric Psychology*, 13(4), 555–574. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/19940576_Development_of_a_Brief_Coping_Checklist_for_Use_with_Pediatric_Populations
- Sullivan, R. (2001). What Makes a Child Resilient? *Time Europe*, 157(11), 39. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=4369139&lang=cs&site=ehost-live>
- Šindelářová, M. (2006). *Stabilita způsobů zvládnání zátěžových situací: časový průběh a vývoj způsobů zvládnání* (diplomová práce, Masarykova univerzita). Dostupné z <https://theses.cz/id/4kj3pj/?lang=cs>
- Špatenková, N. a kol. (2004). *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada.

Špatenková, N. a kol. (2017). *Krize a krizová intervence*. Praha: Grada

Thabet, A. A., Vostanis, P., & Karim, K. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5), 262–269. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15981138&lang=cs&site=ehost-live>

Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie*. (Vyd. 1, 160 s.) Praha: Portál.

Vodáčová, D. a kol. (2002). *Krizová intervence*. Remedium Praha: Portál.

Vymětal, J. (2004). *Úzkost a strach u dětí*. Praha: Portál.

Walter, K. H., Horsey, K. J., Palmieri, P. A., & Hobfoll, S. E. (2010). The role of protective self-cognitions in the relationship between childhood trauma and later resource loss. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 264–273. <https://doi.org/10.1002/jts.20504>

Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.

Werner, E., & Brendtro, L. (2012). Risk, Resilience, and Recovery. *Reclaiming Children & Youth*, 21(1), 18- 22. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=75262327&lang=cs&site=ehost-live>

WHO/ÚZIS ČR (2014). Neurotické, stresové a somatotrofní poruchy (F40–F48) in *MKN 10* [online]. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F40-F48.html>

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů.

Příloha 1.

Úvodní demografický dotazník

Tento dotazník bude zahrnovat následující otázky:

- Věk a pohlaví
- Datum dopravní nehody
- Podrobnosti o rozsahu dopravní nehody

Příloha 2.

Otázky dotazníku SSQ6

1. S kým můžeš počítat, že o Tebe bude pečovat, ať se ti stane cokoliv?
 2. S kým můžeš počítat, že tě uklidní, když Tě něco vyvede z míry?
 3. S kým můžeš počítat, že Ti opravdu pomůže, když by ses cítil zcela zničen?
 4. Kdo Tě přijímá úplně, takového, jaký jsi, nejen to, co je na Tobě kladného, ale včetně tvých záporných stránek?
 5. S kým můžeš počítat, že rozptýlí Tvé obavy a úzkosti, když cítíš, že jsi ve stresu?
 6. S kým můžeš počítat, že Ti pomůže, když jsi v napětí, aby ses cítil uvolněn a uklidněn?
- (Koukola & Ondřejová in Mareš, 2001, s.127-131).

Příloha 3.

Návrh otázek k rozhovoru s dětmi po dopravních nehodách

1. Byl při nehodě přítomný někdo z tvých blízkých lidí? Jak moc jsi za to byl/a rád/a? Proč?
2. S kým ses o nehodě později nejvíce sdílel/a?
3. Udělal/a bys to znovu?
4. Komu ses sdílel/a jako úplně první?
5. Komu by ses naopak rád/a sdílela jako první, pokud se to nestalo?
6. Kdo ti po nehodě pomohl cítit se lépe? Jakým způsobem to dokázal/a? Co přitom dělal/a?
7. A teď, co ti po nehodě pomohlo se cítit lépe?
8. Co bys doporučil/a svým kamarádům, kdyby se jim stalo něco podobného?
9. Co bys příště udělal/a po nehodě jinak?
10. A co bys naopak udělal/a určitě stejně?
11. Jak na nehodu reagovali tvoji blízcí (rodiče/příbuzní/kamarádi/...)?
12. Jak bys byl/a naopak rád, aby reagovali, pokud se to nestalo?
13. Co bys udělal/a ty sama, kdyby se něco podobného přihodilo tvým blízkým (rodičům/příbuzným/kamarádům/...)?