

**Univerzita Karlova v Praze  
3. lékařská fakulta**

**Diplomová práce**

**Téma: Stratégia riešenia problémov detí školného veku**

**Problem solving strategies of school children**

**Michaela Brázdilová**

6.ročník

Vedúca diplomovej práce: **Doc.MUDr.Hana Provazníková,CSc.**

Dátum odovzdania: Marec 2006

#### Pod'akovanie:

Rada by som poďakovala tým, ktorí mi pri práci na mojej diplomovej práci pomáhali. V prvom rade pani doc. MUDr. Hane Provazníkovej PhD, ktorej patrí moja vďaka za metodické vedenie a množstvo podnetných rád, pánovi Mgr. Viktorovi Hynčicovi za štatistické spracovanie, riaditeľkám základných škôl, kde sa mohol výskum prebehnúť, Janovi Olafovi za technickú podporu a v neposlednom rade svojim rodičom, spolubývajúcim a priateľom a všetkým ostatným. Týmto vám ďakujem.

## Obsah:

1.Súhrn

2.Úvod

3. Hypotéza

4.Prehľad súčasťných poznatkov

4.1. Teoretické základy práce: Kríza

4.2. Rizikové dieťa, rizikový rodič, riziková situácia

4.2.1. Rizikové deti

4.2.2. Rizikový dospelý

4.2.3. Riziková rodina

4.2.4. Ekosystém a makrosystém

4.2.4.1 Ekosystém

4.2.4.2. Makrosystém

5. Metodika

6.Charakteristika súboru

7. Výsledky práce:

7. A: Obecné výsledky

7.A.1. Všeobecné údaje

7.A. 2. Psychický stav dieťaťa

7.A.3. Komunikácia s blízkymi osobami o problémových otázkach

7.A.4. Otázky na výskyt a povahu krízových situácií

7.A.5. Strategie riešenia problému

7.A.6. Efektivita riešenia

7.A.7. Strategia pri opätovnej krízovej situácii

7. B: Štatistické rozdiely medzi chlapcami a dievčatami

7.C: Štatistické rozdiely medzi jednou a druhou školou

7.D: Štatistické rozdiely medzi „šťastnými“ a „nešťastnými“ deťmi

7.E: Štatistické rozdiely medzi deťmi, ktoré majú a nemajú problémy

8. Diskusia:

- 8. A Strategie riešenia
- 8.B Hypotéza
- 8.C Rozdiely medzi školami
- 8.D Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami
- 8.E Rozdiel medzi deťmi čo majú a nemajú problémy

## 9.Prevenencia

### 9.1 Primárna prevencia

### 9.2 Sekundárna prevencia

- 9.2. 1. liečba rozhovorom
- 9.2.2. terapia hrou
- 9.2.3. krátka terapia zameraná na riešenie
- 9.2.4. skupinová terapia
- 9.2.5. rodinná terapia
- 9.2.6. behaviorálne prístupy a terapie
- 9.2.7. kognitívne terapie
- 9.2.8. farmakologická liečba
- 9.2.9. intenzívne spôsoby liečby
  - 9.2.9.1.Pobytové oddelenia
  - 9.2.9.2 .Dobrovoľnícke centrá

## 10.Záver

## 11.Prílohy

## 1. Súhrn:

Pomocou dotazníku sa zisťovala stratégia riešenia problémov u detí školského veku, medzi 9-12 rokov. Overovala sa hypotéza, či stratégia a efektivita riešenia problémov závisí na komunikácii v rodine. Dáta sa zbierali na dvoch pražských základných školách. Z celkového počtu hodnotiteľných dotazníkov bolo 58 chlapcov a 68 dievčat. 89 detí (70%) odpovedalo, že v časovom období pol roku prežili krízovú situáciu, medzi problémami dominovali zoradené zostupne: prospech v škole, kamaráti, spolužiaci, rodičia. Pri stratégii výberu pomoci sa deti najčastejšie obracali na (zoradené zostupne): matka, kamaráti, otec, širšia rodina. 54% uviedlo, že im vyhľadaná pomoc pomohla, oproti 17%, ktorým nepomohla. Aj po možnom opakovanom hľadaní pomoci 15.7% detí uviedlo, že sa im problém nepodarilo vyriešiť. Keby sa deti vyskytli teraz v krízovej situácii obrátili by sa na nasledujúce osoby: matka, otec, kamaráti. Nepodarilo sa potvrdiť, že riešenie problémov závisí na komunikácii v rodine. Nepriame výsledky poskytuje porovnanie medzi šťastnými a nešťastnými deťmi: Nešťastné deti sa v svojich problémoch obracajú len sami na seba, nevyhľadávajú pomoc. Táto ich stratégia im nepomáha, nevedie k úspešnému riešeniu problémov. To svedčí pre to, že rozhodujúca pri riešení krízovej situácie je pre dieťa prítomnosť blízkeho človeka, ktorému dôveruje.

### Abstract:

Using a questionnaire, problem solving strategies of children aged 9-12 were studied. The hypothesis that communication in the family influences effectivity and strategy of problem solving was stated and studied. Data was collected on two primary schools in Prague. Out of all the usable questionnaires, there were 58 boys and 68 girls. 89 children stated, they had gone through a crisis situation in the last half a year, most of the problems were with (in this order, beginning with the most often) school achievements, friends, classmates, parents. In choosing help, children most often turned to (again in this order) mother, friends, father, wider family. 54% stated, that the sought help did help them, whereas 17% stated it did not. Even after repeated seeking of help, 15.4% of the children said, they didn't manage to solve the problem. If they would experience a crisis now, they would turn to the following people: mother, father, friends.

It wasn't proved, that communication in then family affects problem solving. The comparison of happy and unhappy children gives some indirect results. The unhappy children turn to themselves in their problems and don't seek help. This strategy of theirs doesn't help, it doesn't lead to successful problem solving. This supports the notion, that proximity of a close, trusted person is crucial for children's problem solving.

## **2. Úvod:**

V mojej diplomovej práci som sa pokúsila zmapovať výskyt, charakter a spôsoby riešenia krízových situácií v živote školských detí vo veku 9 -12 rokov, žiaci štvrtých a piatych tried. Význam svojej práce vidím v tom, že po zistení najčastejších spôsobov riešenia krízových situácií a po stanovení základných stratégií detí, môžeme určiť tie menej či vôbec neúspešné. Čo môže prispieť pre prípravu programov v primárnej prevencii zdravého vývoja dieťaťa a v sekundárnej prevencii poskytnúť údaje pre hľadanie vhodných metód na odstránenie nevhodných a neúčinných stratégií. Najprv budú uvedené rizikové faktory problémových situácií dieťaťa, v ďalšej časti sa budem podrobnejšie venovať výsledkom štatistického zpracovania dotazníku a na záver uvediem možnosti primárnej a sekundárnej prevencie.

## **3. Hypotéza:**

1. stratégia a úspešnosť riešenia krízových situácií, v ktorých sa dieťa nachádza závisí na kvalite komunikácie v rodine
2. deti s nevyriešenými problémami udávajú viac zdravotných problémov ako deti, ktoré svoje problémy dokážu riešiť

## **4. Prehľad súčasných poznatkov**

V prehľad súčasných poznatkov sa delí na dve základné časti, v prvej 4.1. sú uvedené teoretické základny ohľadom krízových situácií, v druhej 4.2. sú podrobnejšie prebrané rizikové faktory krízových situácií.

### **4.1. Teoretické základy práce: Kríza (10, 11)**

Kríza je situácia, prekážka, ktorá sa nedá prekonať a v ktorej človek nevie ako pokračovať podľa svojich doterajších postupov riešenia, a vníma ju ako ohrozujúcu jeho integritu. Izolovať

deti od akýchkoľvek problémov by nebolo správne, krízová situácia učí mladého človeka stratégiám zvládania a pripravuje na ťažšie problémy, Platí do samozrejme len do určitej miery, ktorá nesmie byť prekročená. Na pamäti musíme mať hlavne Wernerov ortogenetický princíp (10): Vývoj dieťaťa prebieha v štádiách a skúsenosti z jedného štádia si dieťa nesie aj do druhého. Dobre zvládnuté jedno štádium tvorí predpoklad k zvládnutiu ďalšieho štádia. Pokiaľ sa však vyskytli problémy či ztraty, môže to viesť k nedostatkom, ktoré sa prejavujú v budúcnosti. Dieťa prichádza do ďalšieho vývojového štádia nedostatočne vybavené k zvládaniu obtiažných situácií. Problémy určitého veku môžu ovplyvňovať mnoho ďalších rokov.

Úspešné dokončenie úloh jedného štádia nie je podmienkou ďalšieho pokroku, ale dobre vybavené dieťa z jedného štádia lepšie zvláda ďalšie štádium. To znamená, že problémy v niektorom vývojovom štádiu nebránia dieťaťu vo vývoji, ale robia ho obťažnejším kvôli nedostatku dovedností a vedomostí, ktoré náležia jednotlivým štádiám. Napríklad dieťa, ktoré plne nerozvinulo svoje sociálne dovednosti vo fáze získavania intelektuálnych a sociálnych dovedností-Erikson 6-12, bude mať v štádiu dospievania potiaže s komunikáciou s opačným pohlavím. Najobťažnejšie sa doháňa strata s najrannejších štádií a kladie veľké nároky na jedinca.

Ďalším významným problémom krízových situácií dieťaťa je to, že deti často nedokážu to, čo sa okolo nich deje správne posúdiť, ich prostredie je pre nich to jediné, ktoré poznajú a preto jediné správne, a preto často ani nevyhľadajú pomoc(2).

## **4.2. Rizikové dieťa, rizikový rodič, riziková situácia**

Krízová situácia dieťaťa vzniká ako interakcia medzi mnohými faktory, rolu to hrajú skutočnosti na strane dieťaťa, rodiny, prostredia, celej spoločnosti. Tieto podmienky nazývame rizikové faktory. Celkové prostredie môže podľa amerického psychologa Belskyho znázorniť takto (10):

ontologický vývoj- jedinec

mikrosystém- rodina

ekosystém- spoločnosť

makrosystém- kultúra, duchovná tradícia

### **4.2.1. Rizikové deti (10):**

Pozorovaním sa zistilo, že niektoré deti sa stali obeťami násillia počas svojho života opakovane. V 70. rokoch vedci začali skúmať prítomnosť špecifických vlastností, ktoré by mohli mať podiel na tom, že deti akoby priťahovali agresivitu.

Biologické faktory:

Zistilo sa, že deti nedonosené s nízkou pôrodnou hmotnosťou, s obtiažne zvládateľným temperamentom, s chronickými chorobami alebo s vrodenými telesnými a duševnými vadami sa častejšie stávajú obeťami týrania. Tieto biologické faktory môžu pôsobiť ako prekážka vo vytváraní optimálnej väzby medzi dieťaťom a jeho matkou. Deti predčasne narodené, s nízkou pôrodnou váhou sú matkou často vnímané ako obtiažne utíšiteľné, fyzicky menej atratívne a celkovo horšie odpovedajú na jej podnety. Z toto vyplýva, že ich matky majú vyššiu mieru úzkosti nezriedka spojenú s depresiou a pocitmi zlyhania. Taktiež môžeme pozorovať celkovo nižší počet pozitívnych interakcii, ktoré matke dávajú pocit istoty a spokojnosti so sebou samou.

Deti s obtiažne zvládateľným temperamentom sú charakterizované zvýšenou podráždenosťou, plačlivosťou, náhlým rozrušením bez možnosti rýchleho utišenia, nepravidelným cyklom spánku a krmenia a nedostatkom adaptability. Vo vyššom veku tieto deti vyžadujú väčšiu pozornosť, sú neposedné, často sa hnevajú, nedokážu ovladať svoje emócie, sú nepozorné, môžu byť manuálne nezručné. Porucha chovania môže byť následkom poškodenia mozgu počas pôrodu alebo nadmernej stimulácie či traumatizácie v prvých rokoch života. Tzv. Hyperaktívne deti sa stávajú objektom násilia nielen zo strany frustrovaných bezradných rodičov, ale aj v škole. Tam slúžia ako vďačný objekt výsmechu spolužiakov a neustálych trestov učiteľov.

Výsledkom: Deti s telesným zmyslovým alebo mentálnym postihnutím sú vystavené riziku týrania a zneužívania vo väčšej miere ako ich „zdraví“ vrstevníci. Ktoré sú tie faktory, ktoré robia dieťa zraniteľnejšie ako ostatné? Prvým rizikovým faktorom je úplná závislosť na konaní a úmysloch blízkych osôb. Závislosť, ktorá je často až doživotná, se netýka iba potrieb citových ale zahrňuje i naplňovanie potrieb telesných. Táto závislosť môže byť pre blízku osobu ošetrovateľ, rodič, zdravotník, špeciálny pedagóg, vychovávateľ v ústave, frustrujúca a zároveň poskytuje pocit prevahy a moci. V rodinách je ubližovanie handicapovaným deťom obvykle dôsledkom kombinácie úplného vyčerpania a frustrácie rodičov z náročnej práce a zklamania narcistických ambícií, ktoré im dieťa nikdy nemôže naplniť. Pokiaľ niekto z nich túto závislosť zneužije, je veľmi malá šanca, že sa to niekto dozvie. Dieťa často nemá prístup k nikomu nezávislému a zároveň prezradením rizikuje ztrátu blízkej osoby a tým odopretie základných fyzických potrieb.

U sexuálneho zneužívania stúpa ohrozenie s mierou nepoučenosti a neinformovanosti dieťaťa o spôsoboch ochrany pred zneužitím. Deti sú v našich podmienkach vedené k tomu aby dospelého rešpektovali a poslúchali za každých okolností. Kombinácia nevedomosti a apriorné podriadenosti prianiam dospelým vytvára ideálne podmienky pre manipuláciu s dôverou dieťaťa. Najohrozenejšie sú deti, ktorým chýba citová blízkosť rodičov. Nie je náhodou, že obeťami sexuálneho zneužívania cudzími ľuďmi sa najčastejšie stávajú deti, ktoré sú doma zanedbávané alebo týrané. O tieto deti evidentne nikto nejaví záujem. Potreba komunikácie spôsobuje, že tieto



deti ľahko a bez zábran naväzujú vzťahy so každým, kto sa chová aspoň trochu milo a pozorne. Samé zneužívanie alebo týranie zvyšuje riziko ďalšieho zneužívania. Zkúsenosť sexuálneho zneužívania robí ľudí obecnne zraniteľnejšími než odolnejšími ( ženy, ktoré boli v mladosti zneužívané sa v dospelosti častejšie stávajú obeťami znásilnenia).

Nech sú rizikové faktory na strane dieťaťa akékoľvek odpovednosť za čin nesie vždy dospelý.

#### **4.2.2. Rizikový dospelý (10):**

Bez ohľadu na počet a intenzitu rizikových faktorov na strane dieťaťa na začiatku ubližovania stojí vždy dospelý jedinec, ktorý sa v danej chvíli môže rozhodnúť, či svoju prevahu fyzickú, intelektuálnu zneužije. Dieťaťu však môže ublížiť aj človek, ktorý svoje jednanie ani jeho dôsledky nie je schopný vyhodnotiť ani kontrolovať v dôsledku svojej vážnej duševnej choroby. V tomto stave sa môže vyskytnúť matka v období laktačnej psychózy. Neskoré rozpoznanie duševnej poruchy môže viesť k ťažkému poškodeniu zdravia dieťaťa či trvalo narušiť vzťah matka-dieťa. Dôležité je si uvedomiť, že kvalita vzťahu matka-dieťa výrazne ovplyvňuje fungovanie a duševné zdravie v priebehu celého života (9). Ďalším rizikom pre dieťa sú rôzne druhy demencie, postihujúce predovšetkým starých rodičov.

Pri vzniku a trvaní týrania dieťaťa sa na strane dospelého veľmi často uplatňujú faktory, ktoré ich rozpoznávaciu a ovládaciu schopnosť priamo nerušia, ale o to výraznejšie ich oslabujú. Medzi tieto stavy patrí opakovane prežívané úzkostné stavy a depresívne poruchy, ktoré môžu mať rôznu hĺbku a dĺžku trvania. Emocionálna, sociálna nezralosť, nedostatok skúseností, chýbajúce sociálne zázemie, nízka podpora okolia, pocit opustenosti sú niektoré z ďalších rizikových faktorov, ktoré zvyšujú pravepodobnosť ohrozenia zdravia a života dieťaťa. Človek s nezralou osobnosťou, ktorý sa na jednej strane stavia do role nezávislého a suverénneho jedinca a na druhej strane vyžaduje maximálnu pozornosť, vlastné rodičovstvo s nadšením víta, predstavuje si ho však úplne zvrátane. Namiesto toho, aby sa vzdal vlastných potrieb, očakáva, že dieťa a rodina konečne uspokojí jeho citové potreby, ktoré si nestačil naplniť. Rodina dvoch nezralých ľudí vyžaduje zvýšenú pozornosť, pretože sa môže stať rizikovým prostredím pre dieťa.

Nezanedbateľné riziko pre zdravý vývoj dieťaťa predstviuje i situácia tzv. slobodných matiek. Mnohé z nich vychovávajú svoje deti za cenu veľkých obetí, niekedy bez akejkoľvek pomoci. Negatívnym prvkom je aj nedostatok finančných prostriedkov a materiálneho zázemia a nevhodné spoločenské postavenie. V malých mestách a dedinách sa často stávajú predmetom odsúdenia na rozdiel od podpory a ocenenia snahy vychovať slušné dieťa.

Významným rizikom na strane rodičov sa môžu stať ich nadmerné očakávania voči dieťaťu. Obraz ich dieťaťa sa vytvára ešte pred narodením. Matka a otec do neho premietajú svoje prania a

predstavy, ktoré sami nestačili naplniť (9). Ambiciózny rodičia kladú na dieťa viac povinností ako samo dokáže zvládať. Nie je schopné zvládať túto záťaž, a preto sa stáva terčom výčitiek, hnevu rodičov, ktorí nie sú schopní prijať, že ich deti sú priemernými či dokonca podpriemernými.

Jadrom konfliktu sa môže stať výber povolania, kde predstava ročičom nesúhlasí s predstavou dieťaťa. Násilné nútenie do predstavovanej role neraz vedie k nesmiernému utrpeniu a k pocitom menejcennosti a neschopnosti, ktoré môžu dieťa doprevádzať celý život. Sú to nevedomé pochnútky rodičov, ktoré stoja za projekciou prianí do vlastných detí. Matka a otec najlepšie vedia, čo je pre ich dieťa najlepšie a nedokážu sa od svojho dieťaťa oddeliť (9). Nie sú schopný vnímať ich nezávisle na svojich potrebách a prianiach. Sú hlboko presvedčený, že deti tu sú aby plnili ich uspokojovali ich potreby. Dôkazom toho ako výrazne ovplyvňujú život detí nevedomé postoje ich rodičov, sú prípady tzv. nechcených detí. Tieto postoje vznikli skôr než dieťa bolo počaté.

Upozorňuje nás na to výzkum prof. Matějčka (10), ktorý bol založený na dlhodobom sledovaní detí, ktoré sa prekázateľne narodili proti vôli svojich matiek. V porovnaní s deťmi, ktorých narodenie si rodičia priali, bola u týchto detí pozorovaná celková vyššia chorobnosť, vyšší počet drobných úrazov, časté poruchy hmotnosti, horšie výsledky v škole, negatívne hodnotenie okolím, menšia schopnosť adaptácie, menšie uspokojenie z činností. Výsledky ukazujú, že negatívny postoj rodičov snižuje prítomnosť faktorov v prostredí dieťaťa, ktoré ho majú chrániť a napomáhať jeho priaznivému vývoju.

Pozorovaním a psychologickým vyšetrovaním rodičov, ktorý týrali svoje dieťa, sa zistilo, že svoje deti vnímali ako menej inteligentné, zámerne neposlušné, hnevľivé a nešikovné. Týrajúce matky považujú negatívne chovanie dieťaťa za výsledok jeho povahových vlastností. Pozitívne chovanie dieťaťa považujú za dôsledok pôsobenia vonkajších faktorov. Presne opačne vníma dieťa matka, ktorá mu neublízuje, teda považuje dieťa v jadre za dobré a poslušné a jeho negatívne chovanie prisudzuje vonkajším okolnostiam.

Taktiež sa preukázalo, že v rodinách s prítomnosťou týrania sa vo výchove s prevahou uplatňujú autoritatívne prvky. Je to výchova založená na disciplíne a strachu z trestania, kde si rodičia s dieťaťom nehrajú, neprejavujú svoje city, nepovzbudzujú. Za rizikový faktor vo vzniku sa považuje i tolerovanie násilia medzi rodičmi, obvikle napadanie matky otcom.

Obečne sa verí, že významnú rolu pri vzniku týrania a ostatných problémov hrá alkohol u rodičov. Priama závislosť medzi alkoholom či inými dorgami a telesným týraním sa neprekázalo. To je v určitom zmysle v rozpore s výskumov, podľa ktorého sa v rodinách s alhokolikom ubližuje deťom trikrát častejšie ako v rodinách bez zneužívania alkoholu (10).

Zatiaľ nepreukázanou oblasťou rizikového chovania rodičov patrí tzv. transgeneračný prenos týrania. Identifikovali sa však ochranné faktory, ktoré opakovanému týranu v ďalších generáciách zabránili:

- a, lepšia aktuálna sociálna podpora, vrátane podporného partnera
- b, pozitívny vzťah k významnému dospelému v detstve alebo skúsenosť psychoterapie
- c, schopnosť poskytnúť ucelený obraz o traumatickej udalosti a nasmerovať hnev a odpovednosť proti násilníkovi a nie proti sebe.

Zdá sa, že najlepšou ochranou nastupujúcich generácii pred násilím je systematická psychoterapia ako aj príomnosť dôveryhodného dospelého, ktorému sa dieťa môže zverovať.

#### **4.2.3. Riziková rodina (5,10):**

Najintímnejším prostredím človeka je rodina. Je prostredím, kde sa pre deti naplňujú základné potreby a to fyzické a psychické bezpečie. Podmienkou sú fungujúce vzťahy medzi rodičmi, deťmi a medzi deťmi a rodičmi. Potvrďuje sa zkusenosť, že v rodinách kde sa deťom ubližuje, sú tieto vzťahy často narušené alebo fungujú iba na materiálnej rovine. Charakteristickým rysom podobných rodín je prítomnosť konfliktu, ktorý zostáva často nepomenovaný, ako by neexistoval. Napätie medzi manželmi sa často prenáša aj na súrodencov, ktorých vzťah je konfliktejší a menej tolerantný ako inde. Taktiež je známe, že týranie, sexuálne zneužívanie a zanedbávanie v danej rodine sa väčšinou neviažu len na jedno dieťa a často ubližovanie prekračuje hranice rodiny. U sexuálneho zneužívania sa jav ako najrizikovejšia rodinná štruktúra javí prítomnosť cudzieho človeka v roli otca, dospievajúca dcéra a častá neprítomnosť matky. V prípade zanedbávania je pre rodinu charakteristická chaotickosť a časté zmeny v rodičovských postavách, najčastejšie v roli striedajúcich sa otcov. V týchto rodinách sa uplatňuje skôr voľnejší spôsob výchovy, charakterizovaný nízkou zainteresovanosťou rodičov na aktivitách dieťaťa a neprejavovanie hlbších emócií.

Týranie, nízka podpora a vrelosť zo strany rodičov charakterizuje rodiny s prítomnosťou týrania. Rodičovský štýl v týchto rodinách je založený na autoritárskom prístupe s dôrazom na trestanie, donucovaní a obmedzovanie. Síce sa priama závislosť medzi telesnými trestami a telesným týraním nepreukázala.

Rizikovo môže pôsobiť aj rodina, kde sú vzťahy medzi členami vysoko intenzívne, silné a penve spojené. Ľudia vytvárajúci symbiotické vzťahy sú schopný existovať iba ako súčasť iných. Všetku svoju energiu využívajú k hľadaniu lásky a absotútneho porozumenia alebo napadaním iných, ak im títo nie sú schopní túto lásku poskytnúť. Neustále sa snažia zformovať akési spoločné neviditeľné ja. Podobné rodiny existujú ako jeden funkčný celok, dysfunkčnou sa stáva v momente vzájomného súťaženia o to kto bude opatrovaný. Prehrávajúci partner vníma svoje dieťa vyžadujúce náročnú starostlivosť ako ohrozenie svojich emočných potrieb a vidí ho ako konkurenta. Násilné chovanie voči dieťaťu prestavuje potom extrémnu snahu dosiahnuť maximálnu pozornosť a

starostlivosť v rodine. Problém vzniká vo chvíli, keď rodinný systém nie je schopný uvoľniť nahromadené napätie vyplývajúce z frustrácie neuspokojených citových potrieb inak než prostredníctvom agresívneho chovania voči dieťaťu.

Pokiaľ rodič neuspeje u svojho partnera, môže svoje potreby preniesť na dieťa samé. Od neho potom očakáva, že samotné dieťa bude v roli „rodiča“, bude sa o neho starať, chrániť ho a bude niesť jeho vlastnú zodpovednosť. Tomu potom hovoríme výmena rolí. Dôvodom je nevedomá tužba rodiča po materskej starostlivosti, ktorá rôznych okolností nebola v detstve uspokojená (9). V dieťaťu, ktoré túto rolu pochopiteľne nie je schopné naplniť, vidí rodič príčinu svojho neuspokojenia. V takomto vzťahu sa dieťa stáva terčom jeho neustálej kritiky, ponižovania a nekontrolovanej agresivity.

#### **4.2.4. Ekosystém a makrosystém (10)**

Z hľadiska sociálne ekonomického postavenia rodiny je nutné si uvedomiť, že akékoľvek ubližovanie deťom nie je otázkou jednej či niekoľkých skupín obyvateľstva a rozhodne sa nevyhýba žiadnej ekonomickej či sociálnej skupine obyvateľstva.

Podľa počtu hlásených prípadov však vieme, že jeden najvýznamnejší rizikový faktor pre týranie a zanedbávanie detí je nízky ekonomický status rodiny. Hlavne telesné násilie a zanedbávanie sú v najchudobnejších rodinách zastúpené častejšie ako inde. V týchto rodinách bolo zaznamenaná vyššia tolerancia k násilným formám konania a častejšie užívanie násilia, vrátane jeho najhrubších foriem.

Ďalším faktorom je nezamestnanosť. Zlá finančná situácia je len jedným z dôsledkov nezamestnanosti, nezamestnanosť sa stáva trvalým zdrojom frustrácie a pocitu poníženia, ktorý sa často vybieja na deťoch.

##### **4.2.4.1. Ekosystém**

Rodina sa nachádza v širom okolí vzťahov, je to obec, kde žije, sídlisko, dedina, je v vzťahovej sieti širšej rodiny, priateľov, v cirkebnom spoločenstve. Nedostatok sociálnych kontaktov a chýbajúce väzby s okolím môžu viesť k sociálnej izolácii rodiny, ktorá riziko výskytu násilia a iných patologických vzorcov chovania. Otázkou zostáva, či k sociálnej izolácii vedie akési programové vyhýbanie sa sociálnym kontaktom alebo vydelovanie rodiny zo spoločenstva v dôsledku nízkej tolerancie okolia. K sociálnej izolácii prispieva aj atmosféra obecného nezaujmu a ľahostajnosti, ktorá je najmä v podmienkach sídlisiek.

Nedostatok dostupnej pomoci založenej na bázi akútneho sociálneho, psychologického alebo právneho poradenstva. U detí môže negatívnu rolu zohrať škola vo zmysle nedostatočnej informovanosti a vedomosti, ľahostajnosť pedagógov k známam týrania, zanedbávania či sexuálneho zneužívania. Neinformovanosť a nedostatok skúseností v kombinácii s nízkym právnym

povedomím môže spôsobiť neúmyselné zanedbávanie pomoci dieťaťa, s tým predlžovanie jeho utrpenia s rizikom poškodenia jeho psychického a telesného zdravia. To platí samozrejme aj pre všetkých, ktorý sú v blízkom kontakte s dieťaťom, vychovateľov, vedúcich mimoškolských aktivít, školských psychologov, detských lekárov, sociálnych pracovníkov.

#### 4.2.4.2. Makrosystém

Mechanizmy a spoločenské štruktúry chrániace rodinu a dieťa v nej sú odrazom kultúrnej a politickej tradície, ktorá je súhrnom postojov členov spoločnosti. Tieto faktory sú súčasťou makrosystému, je to široká škála duchovných hodnôt spoločnosti, ktoré podmieňujú celkovú atmosféru a vytvárajú podmienky pre prevenciu násillia a pre pomoc ubližovaným deťom. K tomu, aby spoločnosť disponovala dostatočným zdrojmi a primeranými mechanizmami na ochranu dieťaťa, musí k tejto problematike zaujať pozitívny postoj. Ten predpokladá uznanie dieťaťa ako jednej z najvyšších hodnôt, teda ako objektu hodného ochrany a nepretržitej starostlivosti. Ďalšou nevyhnutnou podmienkou vybudovania systému prevencie a ochrany dieťaťa je presvedčenie, že existujú účinné mechanizmy a spôsoby, ktorými je možné ubližovaniu dieťaťa zabrániť a napraviť ho.

#### 4. Metodika:

Zvolená bola forma dotazíku. Otázky boli čiastočne vytvorené a čiastočne prebraté z dotazníku medzinárodnej štúdie WHO The Health Behaviour in School –Age Children. Dotazník bol anonymný. Pred samotným vyplňovaním boli žiaci oboznámení so základnými informáciami o účelu a zameraní dotazníku. Získané dáta boli spracované štatistickým programom EPI INFO.

Dotazník obsahoval celkom 18 otázok, ktoré boli rozdelené do niekoľkých tématických okruhov:

1. Všeobecné údaje, otázka č. 1-3 : vek, pohlavie, členovia rodiny žijúci v spoločnom byte
2. Psychický stav dieťa, otázka č. 4-6 a 8: súčasťný životný pocit a pocit osamelosti a somatické príznaky v posledných šiestich mesiacoch, počet blízkych priateľov
3. Komunikácia s blízkymi osobami o problémových otázkach, otázka č. 7
4. Otázka na výskyt a povahu krízových situácií, otázka č. 10, 11
5. Strategie riešenia problému, otázka č. 11-14
6. Efektivita riešenia, otázka č. 15, 16, 17
7. Strategia pri opätovnej krízovej situácii, otázka č. 18

Originál dotazníku sa nachádza v prílohe diplomovej práci.

Otázka na krízovú situáciu bola zvolená nasledovne: *Měl(a) si během posledního půl roku starosti, problémy s kterými jsi si nevěděl/a rady?* Vychádzali sme teda so subjektívneho pocitu dieťaťa, to čo ono samo za krízovú situáciu považuje.

## 6. Charakteristika súboru:

Na dotazník odpovedali žiaci 4. a 5. tried dvoch základných škôl v Prahe, a to Základnej školy na Skalke (ďalej škola číslo 1.) a Základnej školy na Jindřišskej ulici (ďalej škola č. 2). Vek respondentov sa pohyboval od 9-12 rokov. Z celkového počtu 127 odovzdaných dotazníkov bolo 126 hodnotiteľných. Z toho 58 chlapcov a 68 dievčat. 70 detí zo školy číslo 1 a 56 detí zo školy číslo 2.

Deti, ktoré odpovedali na dotazník sa nachádzali v období stredného školského veku. Stredný školský vek sa nachádza medzi dvomi veľmi dramatickými obdobiami mladším školským a starším-pubertou. Je to obdobie vyrovnannej konsolidácia, individuálne rozdiely medzi deťmi sa vyrovnali a navonok sa toho veľa nedeje. Vývojové zisky mladšieho školského veku sa teraz zpracúvajú, vyrovnávajú, systemizujú a pripravuje sa zázemie pre ďalší vývojový skok. (6)  
Psychologický pohľad: V tomto období sa dieťa pozerá na svet realistickými očami, je to obdobie maximálnej extraverte a príklonu k tomuto svetu, doba zberateľstva, prírodných záujmov, rozvíja sa kolektívny život, kamarátstva a priateľstvá, pričom dievčenské a chlapčenské skupiny sú najvzdialené a kontaktov medzi nimi je menej než kedykoľvek pred tým a potom. Je zaujímavé, že je to doba relatívne najlepšieho zdravia a vysokej telesnej výkonnosti, harmonie telesných proporcií im umožňuje pracovať s veľkou vytrvalosťou. V tomto období dozrieva diferenciácia podľa pohlavia a objavuje sa rodičovské chovanie voči malému dieťaťu. V tejto dobe sa rozhoduje o zdravom utváraní mužskej a ženskej identity. Výskum pod vedením docenta Z. Dytricha z výskumu psychických následkov rozvodu u detí určil, že deti najhoršie zvládajú rozvod svojich práve v strednom školskom veku. Rovnako je toto obdobie najhoršie aj pre prijímanie nového partnera matky. (6)

Sigmund Freud nazval túto epochu dobou latencie medzi obdobím falickým a genitálnym. Podľa Eriksona sa dieťa medzi 6-11 rokom nachádza v štádiu inferiority, zaujíma sa o fundovanie vecí okolo seba, učí sa spolupracovať s ostatnými, zažíva pocity vlastného uplatnenia a vlastnej hodnoty, na jeho vývoj majú vplyv nie len rodičia ale aj authority- učitelia, tréner a spolužiaci. Erikson poukazuje na to, že pokiaľ nie je dieťa v tomto štádiu oceňované a chválené vyvinie sa u dieťaťa pocit menejcnosti. (1)

Deti, ktoré odpovedali na náš dotazník sa podľa Piageta nachádzajú v období konkrétnych operácií (7-11 rok života). Kľúčovou schopnosťou je pochopenie kauzálnych vzťahov. Dieťa sa učí

uvedomovať, že všetky jeho predstavy neodpovedajú skutočnosti, dokáže triediť veci podľa kritérií. Toto operatívne myslenie je základom pre logické chápanie sveta. Dôležitým bodom v tomto štádiu je komunikácia a jazyk. (1)

## 7. Výsledky práce:

### 7. A: Obecné výsledky:

Obecné výsledky sú zoradené na základe skupín otázok v dotazníku

#### 7.A.1 Všeobecné údaje, otázka č. 1-3:

Vek respondentov sa pohyboval od 9-12 rokov. Zo 126 dotazníkov bolo 58 chlapcov a 68 dievčat, 70 detí zo školy číslo 1. a 56 detí zo školy číslo 2. Percentuálne roloženie členov v spoločnej domácnosti zobrazuje tabuľka č.1:

Tabuľka č.1 Členovia v spoločnej domácnosti

|                 |       |
|-----------------|-------|
| vlastná matka   | 93.7% |
| nevlastná matka | 4%    |
| vlastný otec    | 74.6% |
| nevlastný otec  | 11.1% |
| sestry          | 41.3% |
| bratia          | 36.5% |
| prarodičia      | 19%   |

#### 7.A. 2. Psychický stav dieťaťa, otázka č. 4-6, 8:

Nasledujúca tabuľka č.2 zobrazuje odpovede na otázku *Jaký máš v súčasnosti pocit ze svého života?*

Tabuľka č. 2 Pocit zo života

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| Cítim sa veľmi šťastný   | 38.1%  |
| Cítim sa celkom šťastný  | 48.4 % |
| Necítim sa veľmi šťastne | 8.7 %  |
| Necítim sa vôbec šťastne | 4%     |

Odpovede na otázku *Cítiš sa niekedy osamelý/á* vjadruje v percentách nasledujúca tabuľka č.3:

Tabuľka č.3 Pocit osamelosti

|             |       |
|-------------|-------|
| veľmi často | 7.9%  |
| dost' často | 1.6%  |
| niekedy     | 51.6% |
| nie         | 38.9% |

Somatické obtiaže, ktoré uvádzali deti sú zobrazené v nasledujúcej tabuľke č. 4:

Tabuľka č.4 Somatické problémy

|                                 | Zhruba každý deň | Častejšie ako jedenkrát týždenne | Jedenkrát týždenne | Jedenkrát mesačne | Zriedka či nikdy |
|---------------------------------|------------------|----------------------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| Bolesti hlavy                   | 6.3%             | 11.1%                            | 14.3%              | 19.0%             | 32.5%            |
| Bolesti žalúdka                 | 6.3%             | 3.2%                             | 6.3%               | 11.9%             | 50.8%            |
| Pocit skleslosti                | 8.7%             | 4.0%                             | 9.5%               | 15.1%             | 36.5%            |
| Podraždenosť, zlá nálada        | 13.5%            | 15.1%                            | 23.8%              | 17.5%             | 13.5%            |
| Nervozita, napätie              | 16.7%            | 18.3%                            | 15.9%              | 9.5%              | 23.0%            |
| Potiaže pri zaspávaní           | 27.8%            | 12.7%                            | 7.1%               | 11.9%             | 31.0%            |
| Malátnosť, malátnosť            | 3.2%             | 4.0%                             | 4.0%               | 7.9%              | 60.3%            |
| Bolesti ramien, krčnej chrbtice | 6.3%             | 9.5%                             | 2.4%               | 19.8%             | 40.5%            |
| Obavy, strach                   | 11.1%            | 11.9%                            | 15.9%              | 18.3%             | 23.8%            |
| Únava, vyčerpanie               | 23.8%            | 12.7%                            | 19.0%              | 18.3%             | 15.1%            |
| Zharšenie prospechu v škole     | 9.5%             | 19.0%                            | 11.9%              | 23.8%             | 21.4%            |

### 7.A.3. Komunikácia s blízkymi osobami o problémových otázkach, otázka č. 7 :

Výsledky zobrazuje tabuľka číslo 5.



Tabulka č.5 Komunikácia s osobami o problémových veciach

Odpoveď na otázku: *Jak snadné je pro tebe hovoriť s uvedenými osobami o veciach, ktoré ťa opravdu trápi?*

|                              | Veľmi jednoduché | Jednoduché | Obtiažné | Veľmi obtiažne | Nemám takú osobu |
|------------------------------|------------------|------------|----------|----------------|------------------|
| Vlastný otec                 | 27.8%            | 31.0%      | 19%      | 8.7%           | 4.8%             |
| Vlastná matka                | 43.7%            | 27.8%      | 14.3%    | 7.1%           | -                |
| Nevlastný otec               | 4.0%             | 3.2%       | 2.4%     | 4.0%           | 32.5%            |
| Nevlastná matka              | 2.4%             | 2.4%       | 3.2%     | 1.6%           | 36.5%            |
| Starší brat                  | 4.8%             | 7.1%       | 7.1%     | 6.3%           | 27.8%            |
| Staršia sestra               | 9.5%             | 5.6%       | 4.8%     | 6.3%           | 28.6%            |
| Najlepší priateľ/ka          | 41.3%            | 23.8%      | 7.9%     | 4.0%           | 4.8%             |
| Priatelia rovnakého pohlavia | 28.6%            | 29.4%      | 9.5%     | 6.3%           | 3.2%             |
| Priatelia opačného pohlavia  | 13.5%            | 14.3%      | 28.6%    | 17.5%          | 9.5%             |

**7.A. 4. Otázky na výskyt a povahu krízových situácií otázka č. 10,11:**

Na otázku *Měl(a) si během posledního půl roku starosti, problémy s ktorými jsi si nevěděl/a rady?* Odpovedalo 89 ( 70.6%) detí kladne a 36 ( 28.6 %) detí záporne. 34.9% detí odpovedalo, že problémy sa u nich vyskytli už skôr.

Aké krízové situácie deti udávali? V tabulke č.6 je znázornené koľko percent detí označilo danú možnosť zoradené zostupne.

Tabulka č.6 Distribúcia problémov

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| prospech v škole        | 27,0%  |
| kamaráti                | 26.2 % |
| spolužiaci              | 24.6 % |
| rodičov                 | 23,0 % |
| súrodenci               | 15.9 % |
| problémy so sebou samým | 15.1 % |
| koničky                 | 13.5 % |
| zdravotný stav          | 12.7 % |
| priateľ, priateľka      | 11.9%  |
| učiteľ                  | 9.5 %  |
| iné                     | 9.5%   |
| návykové látky          | 0.8 %  |

### 7.A.5. Strategie riešenia problému, otázka č. 12-14:

Na koho sa o pomoc obrátili ukazuje nasledujúca tabuľka číslo 7:

Tabuľka č. 7 Vyhľadaná pomoc

|                 |        |
|-----------------|--------|
| matka           | 41.3%  |
| kamaráti        | 27.8%  |
| otec            | 23.8 % |
| širšia rodina   | 13.5%  |
| súrodenci       | 12.7%  |
| priateľ/ka      | 9.5%   |
| nikto           | 9.5%   |
| iné             | 5.6%   |
| nevlastná matka | 1.6%   |
| nevlastný otec  | 1.6%   |
| Linka dôvery    | 0.8%   |
| kňaz            | 0.8%   |

### 7.A.6. Efektivita riešenia, otázka č. 15, 16, 17

54 % opýtaných udávalo, že im vyhľadaná pomoc pomohla, oproti 17.5% , ktorý odpovedali záporné, zostávajúci na otázku neopovedali.

Tí, čo odpovedali, že im vyhľadaná pomoc nepomohla, odpovedali na otázku , kam sa po prvom neúspechu obrátili. Odpovede sú zoradené do tabuľky č.8 :

Tabuľka č. 8 Opakované vyhľadávanie pomoci

|                 |        |
|-----------------|--------|
| nikto           | 18.3 % |
| matka           | 10.3%  |
| otec            | 6.3%   |
| súrodenci       | 4.8%   |
| kamaráti        | 4.0%   |
| širšia rodina   | 3.2%   |
| nevlastná matka | 0.8%   |
| priateľ/ka      | 0.8%   |
| iné             | 0      |
| Linka dôvery    | 0      |
| kňaz            | 0      |

Na otázku, či sa deťom podarilo problém vyriešiť reagovali respondenti nasledovne, 67- 53.2% odpovedalo, že im problém podarilo vyriešiť, oproti 15.9%, ktorý odpovedali záporne.

#### 7.A.7. Strategia pri opätovnej krízovej situácii, otázka č. 18

Záveracia otázka sa pokúsila zistiť na koho by sa deti obrátili, keby sa teraz vyskytli v krízovej situácii. Výsledky sú zostupne zoradené v tabuľke č.8:

Tabuľka č. 8 Voľba pomoci pri budúcej krízovej situácii

|                 |       |
|-----------------|-------|
| matka           | 63.5% |
| otec            | 42.1% |
| kamaráti        | 34.9% |
| súrodenci       | 20.6% |
| širšia rodina   | 18.3% |
| priateľ/ka      | 14.3% |
| nikto           | 9.5%  |
| nevlastná matka | 3.2%  |
| nevlastný otec  | 3.2%  |
| Linka dôvery    | 1.6%  |
| iné             | 0.8%  |
| kňaz            | 0     |

#### 7. B: Štatistické rozdiely medzi chlapcami a dievčatami

Pri rozdelení súboru podľa pohlavia v štatistickom spracovaní sa objavili nasledujúce rozdiely, v zátvorke hladiny štatistickej významnosti:

Rozdiel medzi priateľmi v oboch pohlaviach:

Chlapci majú významne viac priateľov medzi chlapcami ( 0. 093) a dievčatá medzi dievčatmi . V komunikácii s blízkymi osobami o problémových veciach sa dievčatá od chlapcov líšili: S priateľmi rovnakého pohlavia chlapci významne ľahšie komunikujú než dievčatá ( 0.03). Takisto u priateľov opačného pohlavia, chlapci majú menšie problémy v porovnaní s dievčatami ( 0.001)

Somatické potiaže:

Dievčatá štatisticky významne častejšie než chlapci uvádzajú nasledujúce somatické problémy:

bolesti hlavy ( 0.01)

bolesti žalúdka (0.04)

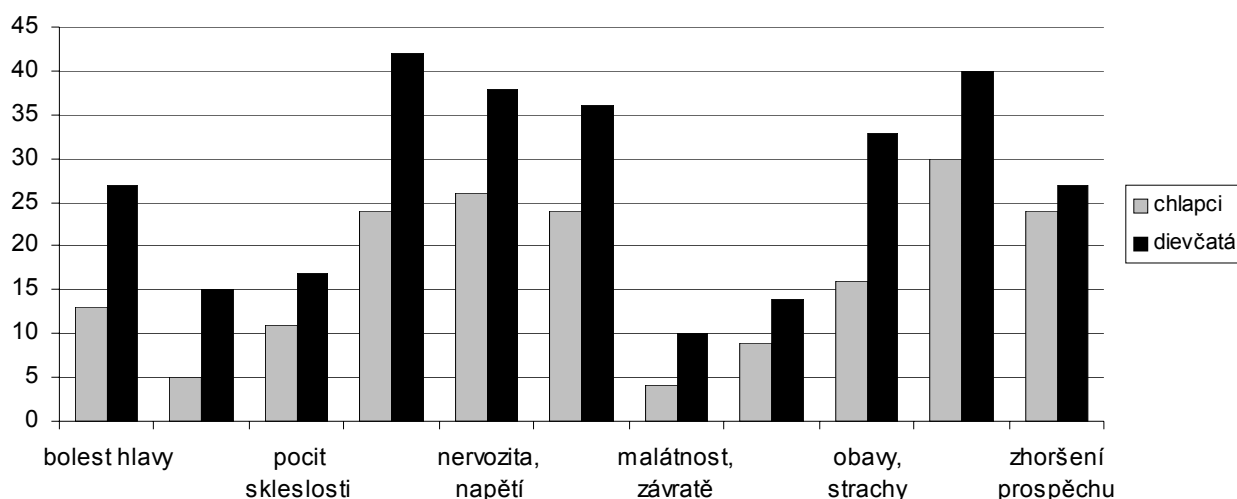
pocit skleslosti (0.02)

podráždenosť a zlá nálada (0.01)

malátnosť a závrate (0.005)

Nasledujúci graf ukazuje rozdielne četnosti somatických prejavov u dievčat (celkový počet 68) a chlapcov (58).

## Somatické ťažkosti u chlapcov a dievčat



Štatistická významnosť rozdielov medzi pohlaviami sa nepotvrdila u nervozity a napätia (0.10), problémov pri zaspávaní(0.49), bolesti ramien a krčnej chrbtice (0.4), obavy a strach (0.08), únava a vyčerpanie(0.28), zhoršenie prospechu v škole( 0.08).

Dievčatá štatisticky významne častejšie (0.018) udávali, že v posledných šiestich mesiacoch prežívali problémy, s ktorými si nevedeli radi. Významný rozdiel medzi dievčatami a chlapcami bol zistený i v odpovedi na otázku, či problémy mali už skôr ( 0.02).

V charakteristike problémov sa dievčatá a chlapci líšili nasledovne:

Dievčatá označili častejšie (0.02) problémy s kamarátami, problémy so školským prospechom ( 0.09) a problémy so sebou samým (0.03). Rozdiel medzi respondentami rôzneho pohlavia sa nepreukázal u problémov s učiteľom, spolužiakov, priateľ/a/kyne, koníčkov, rodičov, súrodencov, zdravotného stavu, návykových látok.

Pri výbere z ponúknutých možností pomoci sa dievčatá a chlapci štatistiky nelíšili, iba s jedinou výnimou dievčatá by sa s problémom častejšie obrátila na svojho priateľa. Významne

častejši ( 0.018) dievčatá udávajú, že im vyhľadaná pomoc nepomohla a že se im nepodarilo problém vyriešiť. V ostatných možnostiach opakovanej vyhľadania pomoci, sa dievčatá a chlapci nelíšili. Žiadny rozdiel sa nepreukázal v odpovediach kam by sa opýtaní obrátili keby sa teraz ocitli v problémovej situácii.

### **7. C: Štatistické rozdiely medzi základnými školami**

Pri porovnaní Základných škôl na Skalke ( ďalej škola č. 1) na Jindřiškej ulici ( ďalej škola č.2) sa ukázali nasledujúce rozdiely, v zátvorkách uvádzam hladiny štatistickej významnosti.

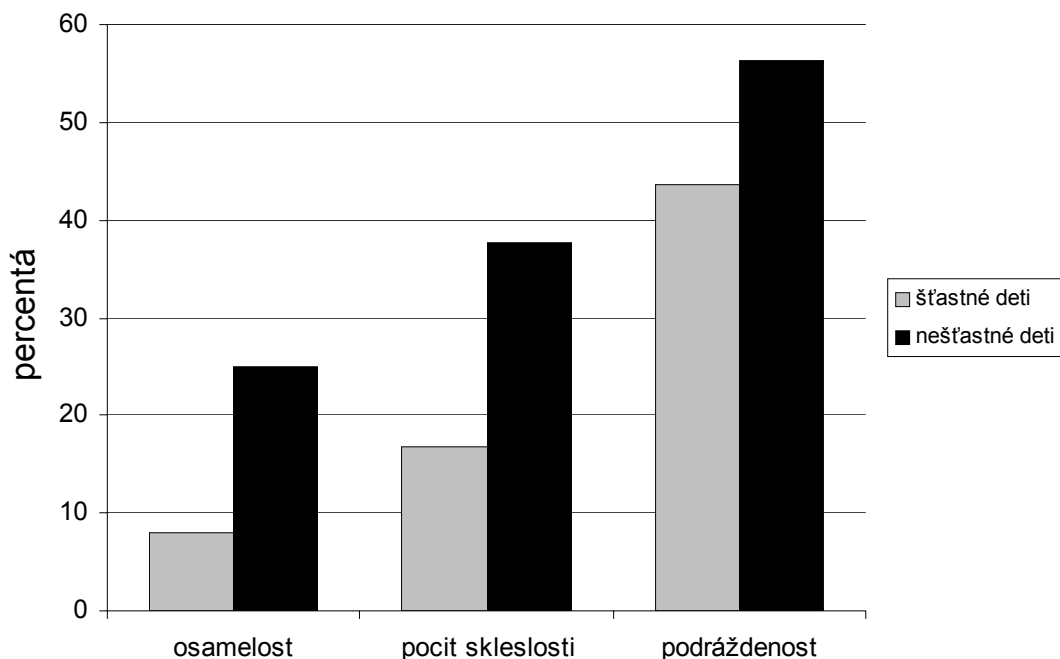
V škole číslo 1. udávajú že majú (chlapci i dievčatá) oproti škole č.2 viac priateľov, ľahšie medzi sebou hovoria o problémových otázkach. Medzi problémami, ktoré ich trápia, častejšie než žiaci zo školy č.2., uviedli problémy s koníčkami a záujmovými aktivitami (0.062), Pri riešení krízových situácií by se žiaci školy 1. ve srovnání s respondentami zo školy 2 sa významne častejšie obracali na širšiu rodinu (0.001). Deti zo školy č.2 významne častejšie vypovedali, že by v prípade opakovania akéhokolvek problému nepožádali o pomoc nikoho ( 0.0007) a to i vtedy keby sa ocitli v krízovej situácii teraz. ( 0.011).

### **7. D: Štatistické rozdiely medzi „šťastnými“ a „nešťastnými“ deťmi**

Súbor detí sme rozdelili podľa otázky číslo 4. *Jaký máš v súčasnosti pocit ze svého života?* Vytvorili sme podľa odpovedí dve skupiny. Do prvej skupiny boli zaradené deti čo označili odpoveď: *cítim sa veľmi šťastný (á)*, druhú skupinu tvorili deti, ktoré odpovedali *necítim se moc šťastný (á)* a *necítim se vůbec šťastný (á)*. Medzi uvedenými skupinami sa preukázali nasledovné rozdiely:

Deti, ktoré sa označili jako „nešťastné“ v porovnaní s deťmi „šťastnými“ častejšie vypovedali, že sa cítia osamelé (0.06) a častejšie prežívajú pocit skleslosti (0.028) a podráždenost, mávajú zlú náladu (0.012), majú častejšie problémy s učiteľom ( 0.06) a súrodencami (0.002).

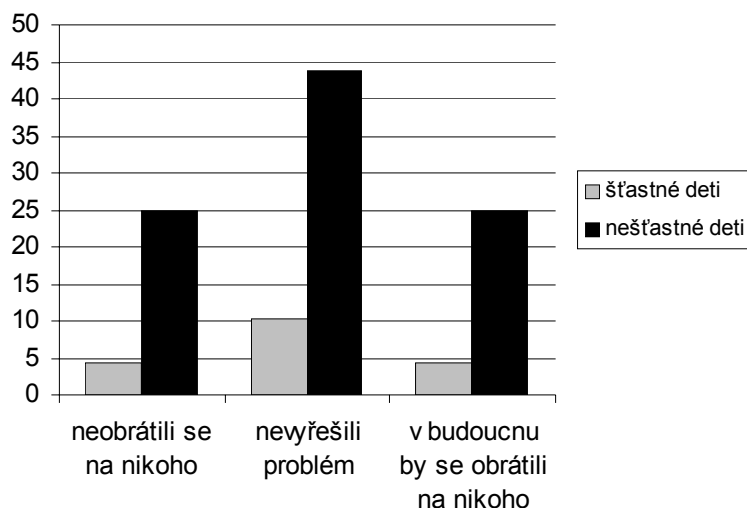
Graf znázorňuje koľko percent detí zo skupiny šťastných a nešťastných označili nasledujúce kategorie osamelosť, pocit skleslosti, podráždenosť.



Deti „nešťastné“ štatisticky významne častejšie vypovedali, že by sa v krízovej situácii neobrátili na nikoho (0.04) a problémy sa im, ve srovnaní se skupinou „šťastných“ nepodarilo vyriešiť (0.007). Pokiaľ vyhľadali niekedy pomoc či radu, uviedli vo vysokom percente, že im, tí na ktorých sa obrátili, ich problémy vyriešiť nepomohli (0.052) a často preto znovu o pomoc nikoho nepožiadali. Keby teraz „nešťastné“ deti boli v krízovej situácii výrazne častejšie vypovedali, že by nikoho o pomoc nepožiadali (0.047).

Stratégie riešenia krízových situácií u šťastných a nešťastných detí zobrazuje nasledujúci graf, vyjadrený v percentách:

## Stratégie riešenia problému



„Šťastné“ deti ľahšie komunikujú s priateľmi opačného pohlavia (0.052) a pokiaľ by sa dostali do krízovej situácie obrátili by sa častejšie na širšiu rodinu (0.064).

### 7. E: Štatistické rozdiely medzi deťmi, ktoré majú a nemajú problémy

Štatistický súbor sme rozdelili na základe otázky číslo 10 : *Měl(a) si během posledního půl roku starosti, problémy s kterými jsi si nevěděl/a rady?* Na skupiny ktorá odpoveda kladne (ďalej majú problémy) a záporne (nemajú problémy). Deti, ktoré vypovedali, že majú problémy častejšie, pociťujú osamelosť (0.008) a trpia na bolesti hlavy (0.067) a nervozitou, napätím (0.040). Pomoc pri riešení krízovej situácie by hľadali častejšie u sourozencov.

### 8. Diskusia:

Výsledky dotazníku otvárajú mnohé otázky a vytvárajú priestor pre ďalšie hypotézy. Predtým ako bude nasledovať diskusia rada by som uviedla pár faktov, ktoré určite môžu ovplyvniť validitu výsledkov:

1. Vzorku detí z dvoch pražských škôl nemôžeme považovať za dostatočne reprezentatívny

vzorok. Čo môže byť zaťažené chybou vo výsledkoch.

2. Dotazník patrí medzi menej spoľahlivé metódy výskumu a môže byť sám zaťažený mnohými chybami.
3. Medzi deťmi, ktoré neodpovedali na otázky bola prevaha chlapcov, čo snižuje možnosť posúdiť rozdiely medzi chlapcami a dievčatami. Je to spôsobené menšou ochotou chlapcov odpovedať na otázky, hamblivosťou hovoriť o svojich pocitoch?

## **8. A Strategie riešenia:**

70 % detí bolo v poslednom pól roku vystavené krízovej situácii, pričom 17.5% detí uvádza, že im vyhľadaná pomoc nepomohla.

Matka, otec a kamaráti zostávajú stále najdôležitejšie osoby, na ktoré sa deti obracajú so svojimi problémami. To len potvrdzuje teórie o primárnej úlohe rodiny pre zdravý vývoj dieťaťa. Hlavné vzťah matky a dieťaťa sa javí pre deti ako najvýznamnejší. Iba jedno dieťa by sa obrátilo na linku dôvery, ostatní hľadajú pomoc buď sami u seba alebo v najbližšom okolí, nevyhľadávajú odbornú pomoc.

## **8.C Hypotéza:**

Hypotéza č.1 :stratégia a úspešnosť riešenia krízových situácií, v ktorých sa dieťa nachádza závisí na kvalite komunikácie v rodine

V dotazníku sa nepodarilo priamo preukázať, že deti, ktoré majú problémy s komunikáciou v rodine by mali častejšie problémy, alebo ich nevedeli riešiť. Nepriame dôkazy kladie rozbor medzi šťastnými a nešťastnými deťmi. Nešťastné boli tie, ktoré sa označili ako osamelé, tie, ktoré častejšie prežívajú pocit skleslosti, podráždenosť a zlú náladu. Nepreukázalo sa, že by sa častejšie nachádzali v krízových situáciách ako deti, ktoré sa označili jako šťastné. V charaktere problémov majú častejšie problémy s učiteľom a súrodencami.

Problémy sa im však výrazne nedarí riešiť. Vo svojich stratégiách by sa obrátili na nikoho, keď hľadali pomoc opakovane, znova sa obrátili na nikoho. Keby teraz „nešťastné“ deti boli v krízovej situácii výrazne častejšie by volili voľbu obrátiť sa na nikoho. To svedčí pre to, že pre úspešné riešenie problémov je výrazne podporujúcim faktorom obrátenie sa blízku osobu. Svedčí to snáď pre to, že nezaláži ani tak na komunikácii v rodine, ako možnosti obrátiť sa niekoho- nech je to ktokoľvek z blízkych v okolí. Výsledok môžeme zhrnúť takto: Nie je dobré zostať so svojimi problémami sám. Ak predpokladáme prítomnosť blízkej osoby otvára sa otázka, akú úlohu hrá samotná ochota dieťaťa sa so svojím problémom zdôveriť. Čo mu pomáha a čo na druhej strane bráni niekoho vyhľadať.



Hypotéza č.2 :deti s nevyriešenými problémami udávajú viac zdravotných problémov ako deti, ktoré svoje problémy dokážu riešiť

V dotazníku sa preukázalo, že deti s problémami častejšie pocitujú osamelosť a trpia na bolesti hlavy a nervozitou, napätím. Naproti tomu „nešťastné deti“ častejšie prežívajú pocit skleslosti, podráždenosť a mávajú zlú náladu.

Pri porovnaní somatických prejavov dievčatá výrazne udávali častejšie nasledovné : bolesti hlavy, bolesti žalúdka, pocit skleslosti, podráždenosť a zlá nálada, malátnosť a závrate.

#### **8.D Rozdiely medzi základnými školami:**

Deti zo školy číslo jedna sú v celkovom meradle oproti deťom v škole dva komunikatívnejšie, majú viac priateľom medzi chlapcami aj medzi dievčatmi, ľahšie komunikujú o problémových otázkach s priateľmi opačného pohlavia. Pri strategii riešenia problémov deti zo školy 1 uvádzali častejšie širšiu rodinu aj v prípade kam by sa obrátili keby sa teraz ocitli v krízovej situácii širšia rodina figurovala častejšie. Naproti tomu deti zo školy číslo 2. pri opakovanom vyhľadani pomoci sa deti významne obrátili na nikoho, tak isto keby sa deti teraz ocitli v krízovej situácii deti zo školy 2 by zvolili pomoc nikoho. Pri tomto rozdiely v komunikácii dvoch škôl sa nám nepodarilo preukázať štatistický rozdiel v počte, úspešnosti riešenia, či somatických prejavoch.

Zaujímavosťou je, že deti v škole 1. medzi problémami uviedli častejšie problémy s koničkami a záujmovými aktivitami. Stavia to otázku, či sa v škole nevyskytuje konkrétny krúžok, či vedúci, ktorý by tento problém spôsobil.

#### **8.E Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami**

Chlapci majú významne viac priateľov medzi chlapcami a dievčatá medzi dievčatami. V otázke o komunikácii a problémových témach medzi odpoveďou obtiažne prvé miesto v odpovedi spoločne pre chlapcov aj dievčatá majú priatelia opačného pohlavia. Ukazuje to na oddelenosť dievčat a chlapcov v tomto vekovom období.

Dievčatá vystupujú ako tie, ktoré majú viac problémov, mali ich už častejšie, nedokážu ich riešiť, majú problémy s komunikáciou s priateľmi opačného i rovnakého pohlavia. Dievčatá udali častejšie problémy s kamarátmi, problémy so školským prospechom, aj keď sa ich zhoršenie prospechu nelíšilo od chlapcov, problémami so sebou samým. Mali častejšie nasledovné somatické

potiaže: bolesti hlavy, bolesti žalúdka, pocit skleslosti, podráždenosť a zlá nálada, malátnosť a závrate. Majú skutočne dievčatá viac problémov, alebo to čo oni považujú za problém, pre chlapcov problém nie je. Svedčí to o väčšej citlivosti dievčat, alebo len o tom, alebo prihliadnút počtu nezodpovedaných otázok chlapcami o to, že sú len ochotné o tom hovoriť. Každopadne v skupine dievčat sa preukázala návaznosť, viac problémov, poruchy komunikácie s rovesníkmi, problémy s rovesníkmi a nevyriešené problémy.

Štatistická významnosť somatických prejavov sa nepotvrdila u nervozity a napätia, problémov pri zaspávaní, bolesti ramien a krčnej chrbtice, obavy a strach, únava a vyčerpania, zhoršenie prospechu v škole. To môže byť spôsobené väčšou fyzickou záťažou u chlapcov daného veku.

## **8.F Rozdiel medzi deťmi čo majú a nemajú problémy**

Deťi, ktoré sa označili a tie , čo majú problémy častejšie pocitujú osamelosť a trpia na bolesti hlavy a nervozitou, napätím. Zaujímavým porovnaním je, že deťi ktoré sa označili za nešťastné častejšie prežívajú pocit skleslosti, podráždenosť a zlú náladu. Iné somatické príznaky sa nepreukázali.

## **9.Prevenčia**

Vo svojej práci som sa nezaoberala závažnosťou problému, vychádzala som s toho, čo deti subjektívne za problém považovali. Preto budem hovoriť o prevencii problému v širokom zmysle slova. Prevenciu môžeme rozdeliť na primárnu a sekundárnu. Primárna má zabrániť vzniku problému a sekundárna má zabrániť rozvinutiu alebo zmierniť prejav už vzniknutého problému.

### **9.1. Primárna prevencia:**

Primárnou prevenciou zvládania problémov v živote dieťaťa stále zostáva zdravé prostredie pre vývoj, kde na prvom mieste stojí rodina. Zdravé rodinné vzťahy, otvorená komunikácia, zdravé vzorce správania rodičov tvoria najlepší základ pre vývoj mladého jedinca. Profesor Matějček formuloval 5 hlavných psychických potrieb dieťaťa v rodine(10):

A.

Dostatočný prísun zmyslových podnetov z vonkajšieho prostredia. Najprirodzenejšou formou rozvíjania je každodenný telesný, zrakový a rečový kontakt s dieťaťom. Dôležité je, aby podnety mali určitú pravidelnosť a zrozumiteľný poriadok.

B.

Potreba bezpečia, istota osobného vzťahu. Prežívanie bezvýhradného prijatia je

predpokladom vybudovania základnej dôvery k okolnému svetu. Je to potreba vzťahu založeného na nepodmienennej láske. O neblahých dopadoch podmieňovania lásky, skrytých naplňovaní vlastných potrieb zo strany rodiny na vývoj človeka, jeho citov a sociálnych dovedností písala psychoterapeutka Millerová (9).

C.

Zaradenie do určitej sociálnej roli. V rámci rodiny dostáva dieťa určitú sociálnu rolu- šikovný chlapec, dobré dievča. Tým, že sa dieťa s danou rolou identifikuje, má možnosť prežívať ocenenie a uznanie, získava pocit, že niekam patrí.

D.

Pocit otvorenej budúcnosti, určitej životnej budúcnosti. Základným vzťahom je vzťah matka a dieťa, tak jako to dokladajú aj naše výsledy, matka stojí v centru diania.

Dlhodobé sledovanie detí, ktoré vyrastale bez rodičovskej lásky nezvratne preukazuje, že tieto deti trpia častejšie duševnými poruchami v zmysle depresívnych a úzkostných porúch alebo závislostí na návykových látkach častejšie ako deti, ktoré majú skúsenosť zmysluponého láskavého vzťahu s dospelou autoritou. Citovo zanedbávané deti majú taktiež väčší sklon k asociálnemu a antietickému chovaniu. V dospievaní a s ním spojené trestné činnosti v dospelosti. Rozhovor tu hrá rolu základného prostriedku riešenia problému. Ako sa ukázalo aj v našom výskume blízkosť dôveryhodnej osoby je jeden z najdôležitejších prvkov pre spokojnosť dieťaťa a riešenie problémov.

## **9.2. Sekundárna prevencia**

V tejto kapitole by som chcela načrtnúť základy prevencie, čiže opatrení, postupov už pri vzniknutom probléme či krízovom stave. Nástroje sekundárnej prevencie krízových situácií detí môžeme deliť na:

9.2. 1. liečba rozhovorom

9.2.2. terapia hrou

9.2.3. krátka terapia zameraná na riešenie

9.2.4. skupinová terapia

9.2.5. rodinná terapia

9.2.6. behaviorálne prístupy a terapia

9.2.7. kognitívne terapie

9.2.8. farmakologická liečba

9.2.9. intenzívne spôsoby liečby: pobytové oddelenia, denní stacionár, liečba pestúnskou starostlivosťou

Najdôležitejší rozdielom medzi detským a dospelým klientom je to, že deti samé so svojimi

problémami vyhľadajú pomoc len málo kedy. Často im ich stav pripadá jako jediný možný a ten správny, dieťa nie je nespokojné zo stavom a neželá si jeho zmenu. O pomoc sa väčšinou zaujímajú iné zúčastnené osoby, či už rodina, škola, sociálny pracovník. Mnoho terapeutických prístupov je založených na tom, že klient chce spolupracovať. Skutočnosť je taká, že mnoho detí prichádza do terapie neochotne s tým, že pred autoritu musí predstúpiť. Úspešná práca vyžaduje priamu podporu a pomoc ďalších osôb- rodičov, učiteľov, sociálnych pracovníkov, vrstevníkov (2).

#### 9.2.1. Liečba rozhovorom (2)

Prirodzným, účinným a bežným spôsobom ako sa s problémami vysporiadať je rozhovor s inými osobami. Rozhovor tvorí základný prvok všetkých terapií, špeciálnym druhom je poradenstvo. Ukázali sme, že je základným prvkom aj v primárnej prevencii.

Poradenstvo je termín, ktorý sa stále častejšie používa k označeniu podpornej formy rozhovoru. Používa sa v zmysle procesu poslúchaniu problémov dieťaťa, poskytovania doporočení a rád , k zoznamovaniu dieťaťa s limitami, v rámci ktorých sa môže pohybovať. Poradenstvo pomocou rôznych techník pomáha vyjadriť svoje emócie a chovať sa v obtiažnych situáciách konštruktívne a pomocou empatického rozhovoru podporuje sebaovládanie klienta. Na rozdiel od psychoterapie sa asi menej opiera o teórie vývoja, a preto je poradenstvo vhodným prostriedkom pre terapiu klientov, ktorí prešli traumatickou skúsenosťou.

#### 9.2.2. Terapia hrou

Hra je prostriedkom, ktorým dieťa dosahuje poznanie sveta. Keď je postavené pred problém alebo ťažko riešiteľnú situáciu, potom je prirodzenou reakciou dieťaťa zakomponovať problém či situáciu do hry a pravidelným opakovaním sa dostaví pochopenie a objasnenie, ktoré je dieťa schopné prijať. Presnosť tohoto vysvetlenia však závisí na mnohých faktoroch, z ktorých nezanedbateľným je obmedzené detské chápanie sveta a jeho zložitosti. Hru môžeme požívať jako metódu komunikácie s vnútorným svetom pocitov dieťaťa a tým sa potom stáva presným ekvivalentom psychoterapie u dospelých. Hra môže byť terapeutickým prostriedkom, ktorým príde k terapeutickému zmene, ale je možné ju použiť aj cielenejšie. Keď dieťa prekonáva problém alebo bolestnú skúsenosť, je hra väčšinou dostatočne názorná aby v nej pozorovateľ zpozoroval hlavné téma.

#### 9.2.3. Krátka terapia zameraná na riešenie

Krátka terapia zameraná na riešenie je prístupom, ktorý sa opiera o predpoklad, že úspešná práca závisí na znalosti toho, kam chceme klienta dostať. Úspech práce závisí na nastolení pozitívnej cesty, čo znamená určiť to, čoho chceme s klientom dosiahnuť, vypracovať spôsob jako najrýchlejšie cieľa dosiahnuť.a upresniť čo už klient robí preto, aby cieľa dosiahol.

#### 9.2.4. Skupinová terapia

Obsahuje navyše rozmer vzájomného prežívania problémov s ostatnými a znižuje pocit izolácie a

myšlienok typu, som jediný, ktorému sa to deje. Vyžaduje to na členoch skupiny schopnosť vysporiadať sa s ťažkosťami dôverných vzťahov. Skupinová terapia sa využíva napríklad u detí, ktoré boli zneužívané, pretože znižuje pocit izolácie.

#### 9.2.5. Rodinárna terapia

Dieťa nemôžeme oddeliť od vzťahov, ktoré ho obklopujú, najintenzívnejším prostredím je rodina. Rodinná terapia sa snaží navodiť zmenu a ťažiskom jej práce je rodinné prostredie, zameriava sa na hodnotový systém, alebo dnes najroširenejšie je založená na teórii systémov. Zaoberá sa každodennými interakciami a vplyvom chovanie jedného člena na ostatných členov rodiny.

#### 9.2.6. Behaviorálne prístupy v terapii

Namiesto premýšľania o minulosti a o skrytých príčinách problémov sa behavioristi sústreďia na prítomné pozorovateľné a merateľné chovanie. Vo väčšine prípadov je cieľom terapie pomôcť klientovi zmeniť problematické chovanie podľa predom definovaného postupu využívajúc metódy klasického a operatívneho podmieňovania, posilňovanie pomocou odmen a iné. Rôzne typy behaviorálnych terapií patrí medzi najúčinnéjšie v detskej populácii. Sú základnými kameňmi pri liečení fobií a úzkostí a sú veľmi užitočné pri práci s poruchami chovania, pri práci s problematickými deťmi a dospelými. Sú prístupné odborníkom z mnohých rôznych oborov a pod náležitým dohľadom ich môžu praktikovať aj rodičia, učitelia a iné zainteresované strany. Na rozdiel od liekov nemá behaviorálna terapia žiadne nežiadúce účinky, na rozdiel od terapie rozhovorom nevyžaduje schopnosť dieťaťa verbalizovať svoje pocity, na rozdiel od skupinovej terapie a terapie prostredím nevyžaduje zapojenie celej rady ďalších osôb či úpravu faktorov v širšom životnom prostredí dieťaťa. Jej nediagnostický a nestigmatický jazyk pomáha zabrániť vytvoreniu negatívneho a obviňujúceho sebaopojatia zvlášť u dospelých.

#### 9.2.7. Kognitívna terapia

Kognitívna terapia sa snaží zmeniť spôsob nazerania na vlastné problémy a celkové fungovanie. Základným princípom kognitívnej teórie je predpoklad, že nálady a pocity sú priamo ovplyvňované myšlienkami a spôsobmi myslenia- kognitívnymi procesmi. Tieto procesy vrátane vnútorného dialogu sa používajú k vnútornému pochopeniu udalostí a k jejich hodnoteniu. Používajú sa k liečbe závažných psychických stavov napr. deprese, poruchy príjmu potravy, porúch spojených so stresom. Je obzvlášť užitočná u detí, kde farmakologická liečba deprese je málo efektívna, a preto u nich kognitívna terapia väčšinou liečbou prvej voľby.

#### 9.2.8 Farmakologická terapia

Farmakologická liečba je dôležitou súčasťou liečby dospelých. Podobné snahy riešiť emočné problémy a problémové chovanie sa objavili aj u detí. Na druhej strane je tu stále obava z možných dlhodobých nežiadúcich účinkov terapie ako aj etické dilema, potiaže v detskom veku môžu byť spôsobené s rôznymi faktormi, je teda správne potlačiť príznak a nevysporiadať sa s jeho príčinou.

## 9.2.9. Terapie prostredím a intenzívnym spôsobom liečby

### 9.2.9.1. Pobytové oddelenia

Dieťa je umiestené do prostredia s celodennou starostlivosťou, kde sa mu dostane nie len nepretržitej pomoci ale aj odtrhnutie od prostredia. V psychiatrii je takým prostredím nemocnica, v školstve internátna škola a v rámci siete sociálnych služieb napr. azylový dom pre rodinu či chránené bývanie.

Vyňatie dieťaťa z rodiny a komunity je vždy nežiadúcim zásahom a vždy je preto treba ho starostlivo uvážiť. Jedným z najsilnejších elementov je atmosféra zariadenia, dostupnosť intenzívnej starostlivosti a prístupnosť špeciálnych techník.

Liečba pestúnskou starostlivosťou. Pretože finančná náročnosť a problém separácie dieťaťa od rodiny robí pobytové programy menej atraktívne, rastie záujem o umiestovanie detí do náhradných rodín. U niektorých detí so zlým rodinným zázemím môže už len samotné presťahovanie dieťaťa do fungujúcej rodiny, kde je o neho náležite postarané, vyvolať pozitívnu zmenu. Výrazne zanedbávaným deťom musí táto náhradná rodina poskytnúť premyslený liečebný program podobný starostlivosti na uzatvorenom oddelení.

### 9.2.9.2. Dobrovoľnícke centrá

Ministerstvo práce a sociálnych vecí udelilo 21.6.2001 poverenie k výkonu sociálne právnej ochrany detí 36 inštitúciám. Tieto inštitúcie sa v súčasnej dobe zaoberajú vyhľadávaním detí, na ktoré sa sociálne právna ochrana vzťahuje, poskytujú rodičom pomoc pri riešení problémov, majú v programe poradenskú činnosť, vyvíjajú činnosť na ochranu detí pred škodlivými vplyvmi. Uvediem niektoré z nich.

Nadačný fond Dětský úsmev

Stredisko náhradní rodinné péče

SPONDEA, Centrum pre týrané, zneužívané a ohrozené deti

Sdružení Linky bezpečí dětí a mládeže

Růžová linka

Sdružení proti násilí na dětech

TRIAGLON

Azylový dům pro děti, Na Slupi 19, Praha 2

Sdružení SOS dětských vesniček  
Strédisko pomoci ohrozeným dětem  
Střep  
Sdružení pěstounských rodin  
dům rodin o.s.  
Fond ohrozených dětí

## **10. Závěr:**

Práce preukázala , že deti hľadajú základné možnosti riešenia svojich problémov vo svojom okolí. Ich problémy vyvstávajú z ich okolia- prospech v škole, kamaráti, spolužiaci, rodičia a pomoc tiež hľadajú vo svojom najbližšom okolí, kde hlavnú úlohu zohráva matka, nasledujú otec a kamaráti. Nepodarilo sa nám potvrdiť, že riešenie problémov závisí na komunikácii v rodine. Zaujímavé však zostáva porovnanie medzi šťastnými a nešťastnými deťmi. Nešťastné deti sa v svojich problémoch obracajú len sami na seba, nevyhľadávajú pomoc. Táto ich stratégia im nepomáha nevedie k úspešnému riešeniu problémov. To svedčí pre to, že základným faktorom je prítomnosť blízkeho človeka a ochota dieťaťa sa zdôveriť . V dotazníku sa preukázalo, že deti s problémami častejšie pocitujú osamelosť a trpia na bolesti hlavy a nervozitou, napätím. Prevenciou zvládania problémov v živote dieťaťa je zdravé prostredie pre vývoj, kde na prvom mieste stojí rodina. Zdravé rodinné vzťahy, otvorená komunikácia, zdravé vzorce správania rodičov, blízkosť dôveryhodnej osoby tvoria najlepší základ pre vývoj mladého jedinca.

Literatúra:

1. Atkinson, Rita a kol.: Psychologie, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3
2. Elliott, Julian, Place, Maurice: Dítě v nesnázích- prevence, příčiny, terapie. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0182-0
3. Hayesová, Nicky: Základy sociální psychologie, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-763-9
4. Lovasová, Lenka: Šikana, Praha: Sdružení linka bezpečí, 2005
5. Lovasová Lenka: Rodinné vztahy, Praha: Sdružení linka bezpečí, 2005
6. Matějček, Zdeněk: Co děti nejvíc potřebují, Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-853-8
7. Matějček, Zdeněk, Dytrych, Zdeněk: Jak a proč nás trápí děti, Praha: Grada publishing, 1997, ISBN 80-7169-587-4
8. Matoušek, Oldřich: Potřebujete psychotepii? Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-314-5
9. Miller, Alice: Dětství je drama, Praha: NLN, 2001. ISBN 80-7106-090-9
10. Pöthe, Peter: Dítě v ohrožení, Praha: G plus G, 1999, ISBN 80-86103-21-8
11. Vaničková, Eva: Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí, Ružová linka 2001



## 11. Přílohy:

Dotazník:

**Milá zákyně, milý žáku,**

vyplněním dotazníku nám pomůžeš získat více informací o způsobu řešení problémů a starostí mladých lidí. Vyplnění dotazníku je anonymní. Odpovědi bude vyhodnocovat pouze řešitelka výzkumného úkolu v rámci své diplomové práce.

**Pozorně si přečti každou otázku, při vyplňování žádnou nevynechej, odpověď prosím zakřížkuj. Zajímají nás tvoje názory a zkušenosti, odpovídej pouze za sebe. Není to test, nejsou správné nebo nesprávné odpovědi.**

1. **Jsi:** chlapec  
    dívka

2. **Kolik je ti let?** .....

3. **Označ s kým žiješ společně v bytě**

Vlastní matka

Nevlastní matka

Vlastní otec

Nevlastní otec

Sestry                 .... počet

Bratři                 .... počet

Prarodiče

4. **Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?**

cítím se velmi šťastný (á)

cítím se celkem šťastný (á)

necítím se moc šťastný (á)

necítím se vůbec šťastný (á)

5. **Cítíš se někdy osamělý/á?**

ano, velmi často

ano, dost často

ano, někdy

ne

## 6. Kolik máš blízkých přátel mezi chlapci a mezi děvčaty?

Mezi chlapci

žádného  
jednoho  
dva  
tři nebo víc

Mezi děvčaty

žádnou  
jednu  
dvě  
tři nebo víc

## 7. Jak snadné je pro tebe hovořit s uvedenými osobami o věcech, které tě opravdu trápí?

velmi  
snadné

snadné

obtížné

velmi  
obtížné

nemám  
takovou osobu

Vlastní otec

Vlastní matka

Nevlastní otec

Nevlastní matka

Starší bratr

Starší sestra

Nejlepší přítel/kyně

Přátelé stejného pohlaví

Přátelé opačného pohlaví

## 8. Jak často si měl/a následující obtíže v posledních šesti měsících?

zhruba  
každý den

častěji než  
jednou týdně

asi tak jednou  
týdně

asi tak jednou  
měsíčně

zřídka  
či nikdy

Bolest hlavy

Bolest žaludku

Pocit skleslosti

Podrážděnost, špatná nálada

Nervozita, napětí

zhruba  
každý den

častěji než  
jednou týdně

asi tak jednou  
týdně

asi tak jednou  
měsíčně

zřídka  
či nikdy

Potíže při usínání  
Malátnost/závratě  
Bolesti ramen, krční páteře  
Obavy, strach  
Únava, vyčerpání  
Zhoršení prospěchu ve škole

**9. Zhoršil se Tvůj prospěch v tomto školním roce?**

ano  
ne

**10. Měl(a) si v během posledního půl roku starosti, problémy s kterými jsi si nevěděl/a rady?**

ano  
ne

**11. Pokud ano, označ koho (čeho) se tyto problémy, starosti týkaly?**

učitele  
spolužáků  
kamarádů  
Tvého přítele, přítelkyně  
Tvých koníčků, zájmových aktivit  
rodičů  
sourozenců  
Tvého zdravotního stavu  
Tvého prospěchu ve škole  
návykových látek- kouření, drogy  
problémy se sebou samým  
jiné, napiš:.....

**12. Měl(a) jsi podobné problémy i dříve?**

ano  
ne

**13. Pokud ano, jak často?**

velmi často  
často  
občas  
zřídka  
nikdy

**14. Na koho jsi se se žádostí o radu, pomoc obrátil (a)?**

na nikoho  
na matku  
na otce  
na nevlastní matku  
na nevlastního otce  
na sourozence  
širší rodinu- babička, dědeček, teta, strýc...  
na svého přítele/přítelkyni  
na kamarády  
na kněze  
na telefonickou linku důvěry, napiš jakou.....  
jiné, napiš:.....

**15. Myslíš, že ti vyhledaná pomoc pomohla?**

ano  
ne

**16. Pokud Ti vyhledaná pomoc nepomohla, hledal(a) jsi pomoc ještě jinde? Pokud ano, uveď, koho jsi o pomoc požádal(a).**

nikoho  
matku  
otce  
nevlastní matku

nevlastního otce  
sourozence  
širší rodinu- babička, dědeček, teta, strýc...  
svého přítele/přítelkyni  
kamarády  
kněze  
telefonickou linku důvěry, napiš jakou.....  
jiné, napiš:.....

**17. Podařilo se ti problém vyřešit?**

ano  
ne

**18. Kdyby ses teď ocitl(a) v těžké situaci, na koho/co by ses obrátil(a)?**

na nikoho  
na matku  
na otce  
na nevlastní matku  
na nevlastního otce  
na sourozence  
širší rodinu- babička, dědeček, teta, strýc...  
na svého přítele/přítelkyni  
na kamarády  
na kněze  
na telefonickou linku důvěry, napiš jakou.....  
jiné, napiš:.....

**Děkuji za vyplnění dotazníku**