



**Resilience u adolescentů
v nízkoprahových zařízeních
pro děti a mládež**



IVANA ŠTEFKOVÁ, MARTIN DOLEJŠ



Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta

Resilience u adolescentů
v nízkoprahových zařízeních
pro děti a mládež

Ivana Štefková
Martin Dolejš

Olomouc 2016

Recenzenti:
PhDr. Monika Punová, Ph.D.
PhDr. Iva Šolcová, Ph.D.

Poděkování patří všem organizacím, které se zapojily do výzkumu, a klientům a kolegům z oboru za ochotu podílet se na rozvoji nízkoprahových sociálních služeb pro děti a mládež.

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

1. vydání

© Ivana Štefková, Martin Dolejš, 2016
Cover illustrations © Tomáš Zach, 2016
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2016

DOI: 10.5507/FF.16.24449036
ISBN 978-80-244-4903-6 (online : PDF)

OBSAH

Úvod	5
1 Resilience	6
1.1 Měření resilience	9
1.2 Zvládání vývojových úkolů	11
1.3 Uspokojivé vztahy	12
1.4 Emoční reaktivita	13
1.5 Případová studie	14
2 Adolescence	17
2.1 Vývojové změny v adolescenci	18
2.2 Utváření identity jako vývojový úkol adolescence	19
2.3 Morální vývoj a hledání spirituality v adolescenci	21
2.4 Rizikové chování v adolescenci	24
2.5 Životní obtíže v adolescenci a jejich zvládání	26
3 Klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež	29
3.1 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	29
3.2 Vymezení cílové skupiny nízkoprahových zařízení pro děti a mládež	30
3.3 Průběh poskytování služby	32
3.4 Resilienční sociální práce s adolescenty	34
3.5 Aktuální výzkumy klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež	35
4 Předvýzkum	38
5 Projekt aplikovaného výzkumu	40
6 Výzkumný soubor	41
7 Aplikované výzkumné metody	45
7.1 Zvolený typ výzkumu	45
7.2 Metody získávání dat	47
7.3 Průběh získávání dat, etické zásady a validita	50
8 Výsledky výzkumného projektu	51
8.1 Škála zvládání	52
8.2 Škála uspokojivých vztahů	59

8.3	Emoční reaktivita.....	68
8.4	Reflexe zjištěných hodnot a reliabilita.....	76
8.5	Případová studie.....	78
	Základní závěry výzkumného projektu.....	82
	Souhrn	83
	Summary	86
	Seznam použitých zdrojů a literatury.....	89

ÚVOD

Na dospívání lze nahlížet jako na období zvýšených nároků, které často vedou ke krizím a konfliktním vzorcům chování. Dospívající se v každodenním životě vypořádávají s řadou starostí a problémů. Zároveň však disponují zdroji, které jim pomáhají tyto těžkosti zvládat. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež se zaměřují na profesionální pomoc dospívajícím v obtížných životních situacích. Pracují s jedinci, kteří prožívají konfliktní situace se svými nejbližšími, mají zkušenost s rizikovým chováním nebo se pohybují v prostředí, kde existují jeho vzory, považují své problémy za obtížně řešitelné či neřešitelné a jejich resilience (psychická odolnost) je tak často snížena.

Vzhledem ke krátké době od vzniku těchto služeb neexistuje v současnosti mnoho relevantních výzkumů dané problematiky. Stejně jako se vyvíjejí jednotlivá zařízení, vyvíjí se i pohled na to, co je třeba zkoumat. Zatímco stávající výzkumy vypovídají o podobě standardizovaných procesů a o charakteristikách cílové skupiny, budoucí výzkumy by se měly zaměřit především na oblast efektivní práce s klienty. Koncept resilience může být vhodným východiskem pro práci s cílovou skupinou a pro zaměření poskytovaných intervencí. Cílem nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se tak může stát podpora silných stránek a schopnosti zvládat obtížné životní situace klientů i v jejich prostředí.

Hlavním cílem této monografie a výzkumného projektu je vymezit klíčové osobnostní charakteristiky resilience u dospívajících klientů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Dalším cílem je ukázat, jak lze na základě poznání těchto osobnostních charakteristik rozvíjet jejich resilience. Vycházíme přitom z přesvědčení, že, pokud máme k dispozici nástroj na měření resilience, můžeme cíleně zaměřovat intervence na její jednotlivé faktory a účinně ověřovat jejich účinnost. Předkládaný výzkumný projekt je v souladu s pozitivním vývojem mládeže, usiluje tak o rychlé převádění výsledků empirických šetření do praxe. Zároveň se jedná o první výzkumný projekt zaměřený na resilience v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, který využívá kvantitativní metodologii a zaměřuje se přímo na klienty těchto služeb. Na závěr monografie připojujeme kazuistiku, která představuje konkrétní průběh případové práce s vybraným klientem.

1 RESILIENCE

Pojem resilience vychází z latinských pojmů *resilio*, *resiliere*, které znamenají skákat zpět, odrážet se, odskakovat (Punová, 2012a). Tento termín bývá používán k popisu úspěšné adaptace na proměňující se podmínky prostředí (Darwin, 2007; Cicchetti & Cohen, 1995) a k označení jisté nezdolnosti a nezranitelnosti (Anthony, 1974; Kobasa, 1979; Rhodewalt & Zone, 1989). Rutter (1999) takto označil dynamický proces, který spočívá ve vzájemné interakci rizikových a protektivních faktorů a který ovlivňuje to, jak se vypořádáváme se zátěžovými životními událostmi. Podle Garmezyho (1991) resilience neznamená ani tak odolnost vůči stresu, jako spíše schopnost vyrovnat se s negativními životními událostmi. Resilienci tak lze vymezit jako označení pro normální vývoj v náročných životních podmínkách (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994), nebo jako kapacitu jedince postavit se výzvě a využít ji pro svůj vnitřní rozvoj (Baldwin, Baldwin, Kasser, Zax, Sameroff, & Seifer, 1993).

Většina poznatků o resilienci pochází z vývojové psychopatologie, která studuje psychické problémy v kontextu vývoje člověka, a z pozitivní psychologie, která zdůrazňuje význam systematického budování kompetencí jedince (Šolcová, 2009). Zatímco dříve bylo na resilienci nazíráno jako na jedinečný jev, který se váže k jedincům v obtížných životních situacích, některé autorky na ni dnes nahlížejí rovněž jako na charakteristiku normálního jedince, která není ani tak podmíněna zažíváním obtížných životních situací, jako spíše úspěšným zvládnutím vývojových úkolů (Masten, 2001; Masten & Powell, 2003). Podle Richardsona (2002) se třetí, „postmoderní“ vlna teorie resilience zaměřuje na síly v jedinci, které jej ženu k sebeaktualizaci, altruismu, moudrosti a harmonii se spirituálními zdroji síly.

V anglicky mluvících zemích lze odlišit dva významy tohoto pojmu. Zatímco termín *resilience* označuje dynamický vývojový fenomén, jehož součástí je interakce osobních vlastností jedince s faktory prostředí v případě vystavení nepřízni, termín *resiliency* označuje osobní charakteristiku jedince, která nepředpokládá vystavení obtížným životním situacím (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). *Ego-resiliency* se zaměřuje na vlastnosti jedinců, které přispívají k resilienci, a zahrnuje vlastnosti, jako je vynalézavost, odolnost charakteru a flexibilita fungování (Block & Block, 1980).

Protektivní faktory umožňují jedinci zvládat stresové situace a vyrovnat se s každodenními těžkostmi i s životními ztrátami a zároveň si stanovovat reálné cíle, efektivně řešit problémy a vztahovat se k sobě i k druhým s respektem. Přehled jednotlivých protektivních faktorů shrneme v tabulce níže.

Tabulka 1.1: *Protektivní faktory na úrovni jedince, rodiny a společnosti (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sawyer, 2003, 5–6)*

Zdroje jedince	Protektivní faktory	Relevantní odborné zdroje
Konstituce	<ul style="list-style-type: none"> • Pozitivní temperament • Silný neurobiologický systém 	Smith (1999); Allen (1998); Werner (1995); Brooks (1994); Garnezy (1991); Rutter (1987)
Společenskost	<ul style="list-style-type: none"> • Schopnost reagovat na druhé • Prosociální postoje • Vazba k druhým 	Luthar (1991, 1993); Werner (1995); Dyer & McGuinness (1996); Allen (1998)
Inteligence	<ul style="list-style-type: none"> • Školní výkon • Plánování a rozhodování 	Werner (1995); Eccles (1997); Maggs Frome, Eccles & Baarber (1997); Wolff (1995); Brooks (1994); Rutter (1987)
Komunikační dovednosti	<ul style="list-style-type: none"> • Rozvinutý jazykový kód • Čtenářské dovednosti 	Werner (1995)
Osobnostní předpoklady	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerance k negativním vlivům • Vnímaná vlastní účinnost • Sebehodnocení • Pozitivní sebepojetí • Vnitřní místo kontroly • Smysl pro humor • Nadějnost • Copingové strategie • Trvalý systém hodnot • Vyvážený pohled na zkušenosti • Tvárnost a pružnost • Odvaha, přesvědčení, houževnatost a rozhodnost 	Smith (1999); Allen (1998); Blum (1998); Dyer & McGuinness (1996); Werner (1995); Brooks (1994); Wolff (1995); Luthar (1991, 1993); Rutter (1985, 1987)
Zdroje v rodině	Protektivní faktory	Relevantní odborné zdroje
Podpůrné rodiny	<ul style="list-style-type: none"> • Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc • Soudržnost a péče v rodině • Blízký vztah s pečující osobou • Víra v dítě • Neobviňování • Podpora mezi rodiči • Oceňovaný talent nebo zájem 	Smith (1999); Eccles (1997); Maggs et al. (1997); Wolff (1995); Werner (1995); Egeland, Carlson, & Sroufe (1993); Rutter (1987)

Společenské zdroje	Protektivní faktory	Relevantní odborné zdroje
Socio-ekonomický status	<ul style="list-style-type: none"> • Materiální zdroje 	Maggs et al. (1997); Wolff (1995); Allen (1998)
Školní zkušenosti	<ul style="list-style-type: none"> • Podporující vrstevníci • Pozitivní vliv učitele • Úspěch (studijní nebo mimostudijní) 	Werner (1995); Rutter (1987)
Podporující komunity	<ul style="list-style-type: none"> • Víra v důležitost jedince • Netrestání • Rezervy a prostředky k pomoci • Víra v hodnoty společnosti 	Smith (1999); Werner (1995); Wolf (1995)

Rizikové faktory naopak zvyšují pravděpodobnost špatné adaptace nebo negativních důsledků v oblasti zdraví, školního výkonu a sociálního přizpůsobení (Šolcová, 2009). Podle Wernerové (1995) lze za rizikové faktory

Tabulka 1.2: Rizikové faktory v dětství a dospívání (Fraser, 2004, 7)

Faktory prostředí
<ul style="list-style-type: none"> • Právní předpisy a normy schvalující protispolečenské chování • Chudoba a ekonomická deprivace • Omezené ekonomické příležitosti • Rozpad komunit • Chybějící blízké vztahy mezi sousedy
Mezilidské a sociální faktory
<ul style="list-style-type: none"> • Konflikty v rodině a nedostatečná komunikace v ní • Nevytvořený vztah mezi rodiči a dítětem • Nevhodná výchova v rodině • Užívání alkoholu a drog v rodině • Školní selhání • Negativní vztah ke škole • Odmítnutí ve vrstevnické skupině • Navázání vztahu s rizikovými vrstevníky
Faktory na straně jedince
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholismus v rodině • Zaměření na vyhledávání vzrušení • Nedostatečné ovládání vlastních impulsů • Poruchy pozornosti • Hyperaktivita

považovat chronickou chudobu, vliv psychopatologie rodičů, zážitek rozpadu rodiny nebo nedostačující péči. Přehled rizikových faktorů uvádíme v tabulce 1.2.

Podle Ruttera (1987) mohou protektivní faktory snížit vliv rizikových faktorů tak, že posílí vnitřní psychologické charakteristiky dítěte nebo podpoří jeho kognitivní hodnocení dané stresující události. Protektivní faktory rovněž mohou jedince vybavit schopností vyrovnat se s rizikovými faktory nebo jej mohou před jejich vystavením ochránit. Podle Punové (2015) jsou pro resilienci charakteristické tři principy – příznivý vývoj navzdory nepřízni, zotavení se z tohoto náročného prožitku a poučení pro budoucnost. Jedinec tak získává určitou způsobilost a kompetenci pro zvládání podobných situací v budoucnosti.

1.1 Měření resilience

Hlavním zaměřením výzkumů resilience je identifikace rizikových faktorů, které mohou zvyšovat negativní vliv zátěžových situací, a faktorů protektivních, které mohou naopak tento vliv snižovat (Luthar, 2006). Jako nejdůležitější se přitom ukazují výzkumy prováděné uvnitř ohrožených skupin, výzkumy kohort a longitudinální výzkumy (Luthar, Sawyer & Brown, 2006).

V poslední době je věnována značná pozornost pozitivnímu vývoji mládeže (*positive youth development*), který usiluje o rychlé převádění výzkumných studií do praxe v podobě intervencí (Šolcová, 2009). S pozitivním vývojem mládeže se pojí koncept sedmi C (Ginsburgh & Jablow, 2011):

- Kompetence (*competence*) označuje schopnost efektivně zvládat situace.
- Důvěra (*confidence*) představuje víru jedince ve své vlastní schopnosti.
- Vztahy (*connection*) znamenají úzké vazby v rodině, ve škole a v komunitě.
- Charakter (*character*) označuje schopnost odlišit dobré a zlé.
- Přínos (*contribution*) představuje konkrétní příspěví jedince společnosti.
- Zvládání (*coping*) znamená schopnost efektivně zvládat stres.
- Kontrola (*control*) označuje schopnost zohledňovat důsledky svých činů.

Šolcová (2009) uvádí, že na resilienci se často usuzuje na základě dosažení nějakého kritéria (např. školní výkon), na základě posouzení dítěte druhými (např. rodiči, pěstouny, učiteli nebo spolužáky) a na základě dotazníků zaměřených na měření resilience. Mezi nejznámější z nich patří:

1. Dotazník Child and Youth Resilience Measure (CYRM), který sestrojil tým okolo Ungara (2006) a který byl použit ve čtrnácti kulturách. Při jeho konstrukci bylo definováno 32 okruhů, které jsou důležité pro vývoj resilience, shodují se v různých kulturách a pojí se s kulturou, komunitou, se vztahy mezi jedincem a jeho okolím. Reliabilita jednotlivých škál dotazníku se pohybuje mezi 0,66 a 0,84 (Šolcová, 2009). Pilotní verze dotazníku obsahuje 73 položek (15 otázek v oddílu 2, 58 otázek v oddílu 3). Konečná verze dotazníku obsahuje 38 položek, při jejím vytváření byly na základě analýzy vybrány otázky, které splňovaly požadavky na specifčnost a obecnou použitelnost, především v podobě nezávislosti na kultuře.

Dotazník tvoří tři oddíly:

- První oddíl zjišťuje základní informace o respondentovi – datum narození, pohlaví, etnickou a kulturní skupinu, nejvyšší dosažený stupeň vzdělání, s kým respondent žije, jak často se stěhoval, koho považuje za svoji rodinu.
- Druhý oddíl obsahuje deset otázek, které se posuzují na pětibodové Likertově škále (1 – vůbec, 5 – hodně). Obsahuje například tyto otázky:
 - „Myslíš si, že druhým pomáháš?“
 - „Věříš si, že v životě obstojíš?“
 - „Myslíš si, že je možné v životě vlastní píli něco dokázat?“
- Třetí oddíl obsahuje dvacet osm otázek, které se posuzují na pětibodové Likertově škále (1 – vůbec, 5 – hodně). Obsahuje například tyto otázky:
 - „Máš někoho, ke komu vzhlížíš?“
 - „Jsi pyšný na svůj etnický původ?“
 - „Jsi si vědom svých silných stránek?“

Dotazník je určený především pro adolescenty, většinou je tak používán u respondentů ve věku 15–20 let (Novotný, 2008).

2. Škály resilience pro děti a adolescenty (*Resiliency Scales for Children and Adolescents*) autorky Sandry Prince-Embury jsou určené dětem a adolescentům od 9 do 18 let. Jednotlivá tvrzení v dotazníku přitom posuzují samotné děti a adolescenti. Při konstrukci dotazníku tak byl zohledněn poznatek, že je důležitější zjistit, jak daný problém vnímá sám jedinec, než to, jak o něm vypovídají jeho blízcí (Berg-Nielsen, Vika & Dahl, 2003; Boyden & Mann, 2003). Dotazník tvoří tři škály – škála zvládnání, škála uspokojivých vztahů a škála emoční reaktivity. Celkem jej tvoří 64 položek. Jedná se o metodu tužka-papír, její administrace trvá průměrně 15 minut.

3. Další možnou škálou měření je Resilience Scale (Jew, Green & Kroger, 1999), která postihuje resilienci na základě teorie kognitivního hodnocení.

Škála má celkem 35 položek, které se dále dělí do škály orientace (*orientation*), aktivního získávání dovedností (*active skill acquisition*) a nezávislosti / podstoupení rizika (*independence / risk-taking*).

Ve výzkumném projektu jsme využili dotazník RSCA, nyní se tak blíže zaměříme na popis jednotlivých oblastí, se kterými dotazník pracuje.

1.2 Zvládání vývojových úkolů

Zvládání vývojových úkolů a vnímaná vlastní účinnost (*self-efficacy*) se ukazují jako klíčové charakteristiky resilience u dětí i dospělých. Jedná se o adaptivní chování a jednání, které odpovídá vývojovému období jedince, tedy tomu, co od něj společnost v daném věku očekává. Vyplývá z vnitřní zvidavosti, která souvisí s vnitřní motivací a se schopností řešit problémy (White, 1959). Výkonnost jedince přitom úzce souvisí s přesvědčením o vlastní autonomii, kompetenci a schopnosti efektivně jednat. Toto přesvědčení tvoří důležitou součást motivace a objevují se pro ně různá označení. Kromě Bandurova (1997) označení „vnímaná vlastní účinnost“ se s ním setkáváme také jako s „konceptem sebeurčení“ u Ryana a Deciho (2000), jako s „vnitřním místem kontroly“ u Rottera a jako s „optimistickým explanačním stylem“ u Seligmána (Plháková, 2013).

Podle Bandury (1997) vnímaná vlastní účinnost ovlivňuje to, jak se jedinec vypořádává se zátěží. Pokud je přesvědčen, že aktivně ovlivňuje svůj život, snadněji zvládá vlastní emocionální stavy a snáze čelí nepříznivým životním událostem. Pokud je jeho vnímaná vlastní účinnost naopak nízká, postupně se vzdává, stává se obětí a neustále o sobě pochybuje. Lidé s vyšší vnímanou vlastní účinností přitom usilují o vyšší cíle, jsou vytrvalejší ve svém snažení a snáze odolávají neúspěchům. Při osvojování vnímané vlastní účinnosti hraje významnou roli sociální okolí. Pokud dospělí podporují aktivitu dítěte, zvyšují tak jeho kompetence, získané kompetence následně zpětně způsobují, že je dítě vnímáno jako kompetentnější.

Bergman a Scott (2001) poukázali na skutečnost, že se u dívek objevuje nižší vnímaná vlastní účinnost, nižší sebehodnocení a nižší životní spokojenost než u chlapců. Hauser, Allen a Goldenová (2006) vymezili následující tři protektivní faktory – důvěru v to, že jedinec řídí svůj život, náhled nad vlastním chováním a jeho důsledky a odpovědnost za to, jak se vyvíjí jeho život. Podobné výsledky přinesly i výzkumy v rámci Rochester Child Resiliency Project. Pokud 10- a 12leté děti očekávaly, že se dobře adaptují,

skutečně se dobře adaptovaly a ostatní je posuzovali jako psychicky odolné (Cowen, Pryor-Brown, Hightower, & Lotyczewski, 1991). Pozitivní očekávání ohledně budoucnosti souvisela u této skupiny s nižší úzkostností, s úspěchy na vyšším stupni vzdělávání a s méně rušivým chováním ve školní třídě (Wyman, Cowen, Work & Kerley, 1993).

1.3 Uspokojivé vztahy

Zkušenost dětí a dospívajících se vztahy významně ovlivňuje jejich schopnost zvládat zátěž. Důležité je především to, zda vnímají vztahy jako dostupné v případě potřeby, a to, jakou mají zkušenost s dostupností opory v minulosti. Významné nejsou pouze vztahy s rodiči, ale rovněž vztahy s dalšími dospělými osobami, které projevují zájem (*caring adults*). Řada dospívajících raději požádá o pomoc jiné dospělé osoby než rodiče, například babičku, starší sestru, souseda nebo učitele. Jako významný protektivní faktor se ukazuje schopnost vztahovat se k druhým, spřátelit se s nimi a tyto vztahy si udržet (Werner & Smith, 1982).

Podle Jacksona a Warrena (2000) je pro duševní pohodu (*well-being*) dětí a dospívajících vnímaná sociální opora (*perceived support*) důležitější než aktuální sociální opora (*actual support*). Důvěra v dostupnost pomoci od druhých a v jejich schopnost jedinci skutečně pomoci úzce souvisí s jistou vazbou (Thompson, Flood, & Goodvin, 2006). Podle Eriksona (2002) se důvěra či nedůvěra ve svět rozvíjí prostřednictvím vzájemné interakce mezi dítětem a pečující osobou. Zkušenost jedince s konzistentní a podpůrnou péčí zakládá jeho ranou kompetenci, která hraje klíčovou roli v následné adaptaci (Yates, Egeland & Sroufe, 2003). Pokud si dítě osvojí důvěru ve svět, dokáže přijímat to, co nabízí. Vazba má velký vliv na schopnost člověka vztahovat se k druhým a na jeho seberegulaci. Děti, u nichž byla ve dvou letech zaznamenána jistá vazba, později lépe regulovaly své emoce, déle setrvaly v situacích výzvy a zaměřovaly se na hledání sociální opory (Fonagy et al., 1994).

Jednou ze základních lidských potřeb je potřeba uspokojivých lidských vztahů, která úzce souvisí se schopností cítit se bezpečně v kontaktu s druhými lidmi (Conell & Wellborn, 1991). Kvalitní mezilidské vztahy snižují prožívaný stres a umožňují jedinci dosáhnout pozitivních výstupů zátěže, jako jsou sociální kompetence, pozitivní vnímaná vlastní účinnost či jednotlivé sociální dovednosti (Cicchetti & Toth, 1997). Sociální opora ovlivňuje biologickou zranitelnost jedince. Zkušenost s týráním má vliv na vznik depresivní symptomatologie. Ukazuje se, že existují komplexní interakce mezi vazbou

v dětství a rozvojem seberegulace jedince. Jistá vazba tak zprostředkovává schopnost regulace vlastních emocí a chování. Seberegulace má přitom významný vliv na schopnost vztahovat se k druhým (Kaufman et al., 2004).

1.4 Emoční reaktivita

Na emoční reaktivitu může být nazíráno jako na vrozenou zranitelnost, vznětlivost nebo toleranční práh. Siegel (1999) považuje za její základní části citlivost, regulaci intenzity, zotavení, stupeň zachování vědomí a emoční výraz. Citlivost popisuje to, jak snadno lze u jedince vyvolat emocionální reakci. Zotavení udává konkrétní čas, který jedinec po emoční reakci potřebuje k návratu do původního stavu. Poškození se zaměřuje na to, nakolik emoční reakce ovlivňuje kapacitu jedince prospívat, zda ovlivňuje jen jeho kognitivní schopnosti (např. špatně se mi přemýšlí), nebo se projevuje rovněž v jeho chování (např. něco rozbiju).

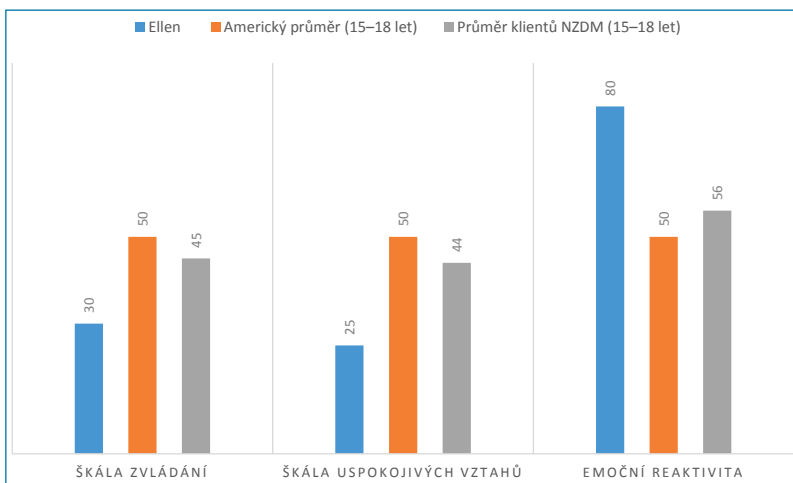
Silná emoční reaktivita se pojí s obtížemi v oblasti seberegulace. Reaktivitu můžeme vnímat jako rychlost a intenzitu negativní emoční reakce a regulaci jako schopnost ovlivnit danou emoční odpověď. Reaktivita může mít částečně fyziologický základ v podobě temperamentu, genetické predispozice, poruch učení nebo vrozené vady, ale zároveň je výrazně ovlivňována získanými zkušenostmi. Významným protektivním faktorem je přitom schopnost pracovat s regulací vlastních emocí (Rothbart & Derryberry, 1981).

Vývojová psychologie se zaměřuje na seberegulaci, jako na způsob jakým organismus dosahuje křehké rovnováhy potřebné pro vlastní optimální prospívání. Cicchetti a Tucker (1994) vymezují seberegulaci jako soubor schopností, které umožňují dětem ovládat své postoje, emoce a chování. Thompson (1990) ji popisuje jako faktor, který ovlivňuje emocionální reakce tak, aby se jedinec mohl adaptovat v měnícím se prostředí. Podle Siegela (1999) lze většinu duševních poruch částečně vysvětlit jako poruchy seberegulace.

V období dospívání se mozek jedince stává citlivějším na sociálním a emocionální odměny. Zároveň však není dokončen jeho vývoj v impulzivně-ovládací schopnosti. Podle Dodge a Alberta (2012) jsou z tohoto důvodu dospívající náchylnější k impulzivnímu rizikovému chování. Impulzivní jedinci přitom obtížněji domýšlejí důsledky svých rizikových aktivit. Adolescenti, kteří se častěji zapojují do aktivit spojených s užíváním alkoholu, tak vnímají méně rizik a více výhod, jež plynou z tohoto chování (Hampson, Sevenson, Burns, Slovic, & Fisher, 2001).

1.5 Případová studie

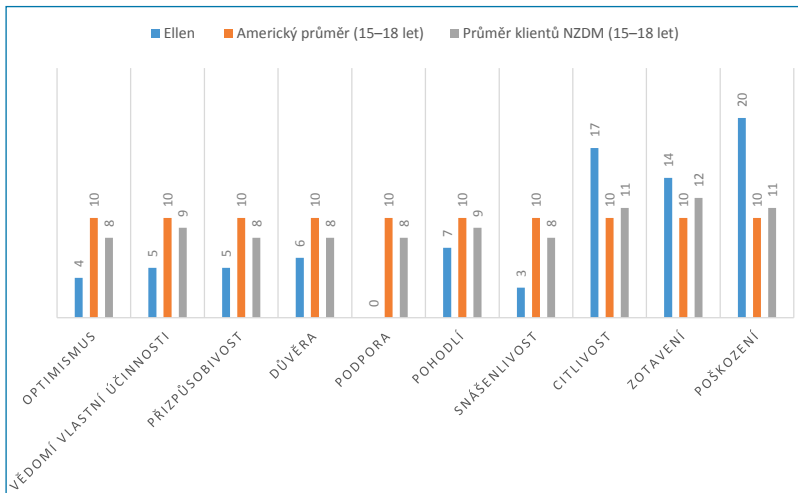
Jak lze využít administraci dotazníku RSCA pro případovou práci s klientem, můžeme doložit na kazuistice práce se sedmnáctiletou klientkou Ellen (Prince-Embury, 2013). Dotazník jí byl předložen na prvním terapeutickém setkání, na kterém mluvila o tom, že se cítí velmi nepříjemně. Ukázalo se, že má velmi vysoký skór na škále emoční reaktivity a velmi nízké skóry na škále zvládání a na škále uspokojivých vztahů.



Graf 1.1: Ellenin profil resilience na prvním sezení – srovnání s americkou populační normou a s klienty NZDM ve věku 15–18 let

Takovýto profil resilience poukazoval na nutnost psychiatrické pomoci s cílem snížit emoční reaktivitu. Rodiče Ellen uváděli, že v případě zátěže dívka reaguje záškoláctvím, řízením automobilu bez řidičského oprávnění a dalšími rizikovými aktivitami. Dívka reagovala velmi citlivě na pokusy jejího okolí toto chování omezit. V rámci terapie byly s dívkou i jejími rodiči diskutovány možnosti, jak využít v komunikaci oddechové časy a jak zamezit prudkým emočním reakcím. Zvláštní pozornost byla věnována vysvětlení role emoční reaktivity v impulzivních reakcích dívky. To bylo důležité pro pochopení rodiny, že ne všechny dívčiny reakce jsou založeny na racionálním úsudku. Dívce rovněž byla poskytnuta medikace, která prudké emocionální výkyvy tlumila.

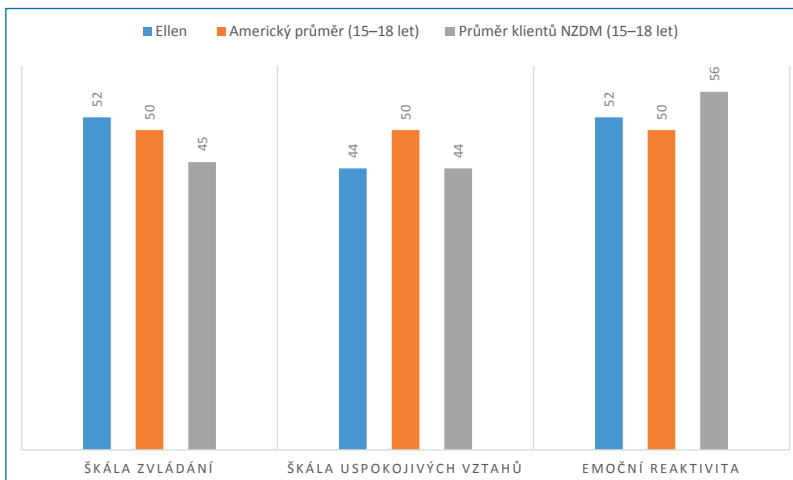
Na škále uspokojivých vztahů bylo alarmující především to, že dívka nevnímala žádnou podporu ze strany svých rodičů. V rámci terapie tak byly navrhovány způsoby, jak mohou rodiče dceři svoji podporu nabízet. Na druhou stranu se zde ukázala také jedna ze silných stránek Ellen – její schopnost cítit se příjemně ve společnosti ostatních jí umožňovala mít několik blízkých přátel. Na škále zvládání se projevil pokles na jednotlivých subškálách, který souvisel s tím, že Ellen, která byla zvyklá na dobré známky, se v poslední době ve školním prospěchu výrazně zhoršila. V rámci terapie rodina pracovala na své schopnosti vyjadřovat Ellen podporu a pomáhat jí zvládat vlastní emoční reakce tak, aby se mohla opět vyrovnat s běžnými úkoly. Ukázalo se, že pro rodinu je velmi příznačné spoléhání se sama na sebe a že žádost o pomoc je zde vnímána jako slabost. Terapie se tak zaměřila na proměnu tohoto stavu.



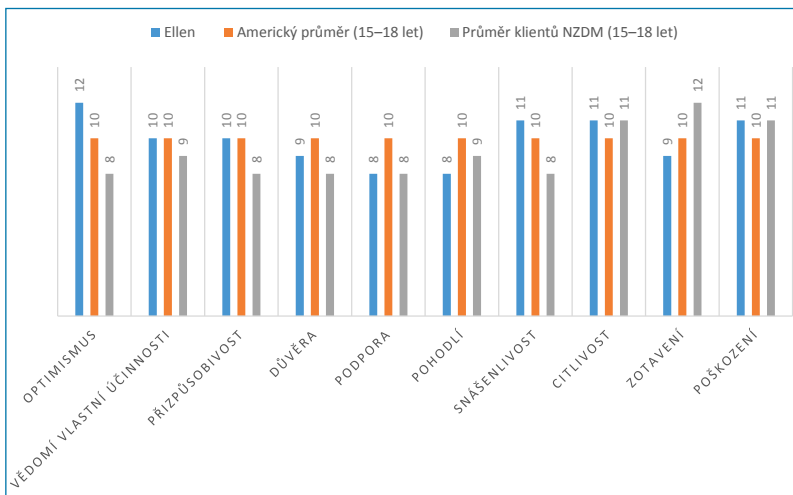
Graf 1.2: Podrobný profil resilience u Ellen na prvním sezení

Po tříměsíční terapii se profil resilience Ellen velmi pozitivně proměnil. Emoční reaktivita se na základě medikace a terapie snížila do průměrného pásma, rovněž došlo k navýšení naměřených hodnot na škálách zvládání a uspokojivých vztahů. Hodnoty na jednotlivých subškálách se nyní pohybovaly v průměrném rozsahu. Díky snížení emoční reaktivity se Ellen začalo opět dařit ve škole. Terapeutická sezení přispěla ke zlepšení komunikace v rodině, což se projevilo také ve zvýšeném vnímání dostupné podpory. Porozumění vlastním reakcím na emoce umožnilo Ellen regulovat

své projevy a zároveň dodržovat léčebný režim spojený s medikací. Nadále pokračovala terapie v rodině, která měla tendenci vracet se zpátky k nekomunikaci. Podpora resilience na úrovni osobnosti tak dívce pomohla zvládat běžné životní situace.



Graf 1.3: Ellenin profil resilience po tříměsíční terapii – srovnání s americkou populační normou a s klienty NZDM ve věku 15–18 let



Graf 1.4: Podrobný profil resilience u Ellen po tříměsíční terapii

2 ADOLESCENCE

Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere*, které znamená dorůstat, dospívat, mohutnět. Tímto pojmem označujeme období ve vývoji člověka vyplňující především druhé desetiletí lidského života, které představuje jakýsi most mezi dětstvím a dospělostí (Nielsen Sobotková, 2014). Shaffer a Kipp (2010) vymezují adolescenci jako období od 12 do 20 let. Macek (2003) ji vymezuje jako období od 10 do 20 let a dále ji diferencuje na časnou (10–13 let), střední (14–16 let) a pozdní adolescenci (17–20 let). Americká psychologická asociace (2002) připomíná, že chronologický věk je pouze jednou z možností jak adolescenci vymezit. Může být definována také prostřednictvím psychického, sociálního a kognitivního vývoje, například jako období od nástupu biologických změn po dosažení ekonomické nezávislosti.

Období dospívání představuje v naší kultuře samostatné vývojové období, adolescenti se tak odlišují od dětí i dospělých. U přírodních národů se naopak toto období nevyskytuje, dochází zde k bezprostřednímu přechodu z dětství do dospělosti prostřednictvím iniciačního rituálu. Ve vyspělých industriálních společnostech jsou v současné době kladeny vysoké nároky na to stát se dospělým (Langmeier & Krejčířová, 2006). Rozhodující přitom již nejsou kritéria biologická v podobě dokončeného pohlavního vývoje, nýbrž kritéria psychologická v podobě dosažení osobní autonomie, sociologická v podobě osvojení si role dospělého a pedagogická v podobě získání profesní kvalifikace (Macek, 2003). Zatímco přechod do dospělosti urychluje sňatek a rodičovství, získání zaměstnání podobný vliv nemá (Martin, Blozis, Boeninger, Masarik, & Conger, 2014).

Adolescenci vymezujeme jako celé období mezi dětstvím a dospělostí. Respektujeme tak skutečnost, že se v současnosti urychluje pohlavní dozrávání a zároveň se prodlužuje příprava na dospělost a vzniká specifický životní styl adolescentů. Adolescence má v dnešní době svůj sociální, ekonomický, pedagogický, zdravotní i kulturní rozměr (Macek, 2003). V jejím průběhu dochází k dokončení pohlavního dozrávání, k bohatému fyzickému a duševnímu rozvoji a k sociálnímu učení. Rozvíjejí se v ní schopnosti člověka, jako je symbolizace, anticipace, zástupné učení, sebereflexe a seberegulace (Bandura, 1997).

2.1 Vývojové změny v adolescenci

Období adolescence se pojí s významnými změnami, které lze klasifikovat na biologické, kognitivní, emocionální, psychosociální a spirituální úrovní. Tyto změny jsou vzájemně provázané a často probíhají současně. Zhoršují tak adaptaci, výkon, duševní pohodu a sebehodnocení jedinců. Pokud dojde k narušení určitého přirozeného rozložení vývojových úkolů a shromáždí se jich více do jednoho okamžiku, adolescent bude pravděpodobně prožívat krizi a dostane se do řady konfliktních situací (Olbrich, 1990).

Biologické změny jsou univerzální, jejich načasování souvisí s výživou, socioekonomickým statutem či systémem zdravotní péče. Dítě do adolescence uvádějí hormonální změny, které způsobují vývoj primárních a sekundárních pohlavních znaků. Příznačný je zrychlený růst do výšky i nárůst tělesné hmotnosti. Významnou roli hraje hodnocení těchto změn dospívajícími a jejich okolím, vnímání změn více ovlivňuje sebehodnocení dívek (Vágnerová, 2005).

Mezi jedenáctým a patnáctým rokem se rozvíjí schopnost abstraktního myšlení. Podle Piageta a Inhelderové (2014) se jedná o období utváření formálních operací. Dospívající jsou schopni představit si reálně neexistující skutečnosti. Operují s abstraktními pojmy, hledají alternativní řešení problémů, jsou schopni reflektovat sebe sama jako subjekt svého myšlení. Mění se charakteristiky jejich paměti – vyšší míra sebereflexe umožňuje uplatnit větší vliv na zapamatované, restrukturovat a revidovat uložené obsahy. Zvyšuje se selektivita pozornosti. Proces zpracovávání informací je více strukturovaný. Dospívající jsou schopni uvažovat o svých současných možnostech, o vlastní kompetenci a o variantách řešení problémů. Jejich myšlení se postupně stává méně absolutním a více relativním, vztahovým a sebereflekujícím (Macek, 2003).

V období adolescence se diferencují citové zážitky a přibývají vyšší city. Zvýšená emoční labilita je příznačná především pro období časně adolescence. Obtíže v emoční oblasti zažívají zejména jedinci, u kterých se projevovaly již v dřívějších obdobích. Počet adolescentů, kteří procházejí tímto obdobím bez větších emočních problémů a krizí, je v moderních společnostech výrazně vyšší než počet těch, kteří problémy zažívají (Offer, Ostrov, Howard, & Atkinson, 1988).

Výrazně se proměňuje vztah dospívajícího k sobě samému i k dalším lidem. Pokud se adolescent nedostává do krizových situací v emoční oblasti a pokud je schopen zvládnout většinu běžných úkolů, jeho sebepojetí se přirozeně strukturuje, integruje a stabilizuje. Pokud upřednostňuje ve svých

osobních standardech názor druhých a pokud dostatečně nerespektuje vlastní přání, jeho vztah k sobě je ambivalentní a pojí se s úzkostnými pocity (Macek, 2003).

Konflikty ve vztahu k rodičům se objevují především v případech, pokud se již vyskytovaly v předchozích vývojových obdobích. Podstatnou část sociálních aktivit dospívajících tvoří vztahy s vrstevníky. Na počátku adolescence mají převážně instrumentální charakter, slouží k ujasňování si vztahu k sobě samému. Dunphy (1963) vymezil průběh vývoje vrstevnických vztahů v období dospívání. Pro časnou adolescence jsou příznačná malá uskupení odlišená dle pohlaví, která se sdružují okolo obdivované vůdčí osobnosti. Ve střední adolescence vznikají větší skupiny, které vytvářejí prostor pro zahájení erotických kontaktů. Jako první vytvářejí heterosexuální vztahy vůdčové původních skupin, kteří z nich odcházejí. Následně vznikají nové malé heterosexuální skupiny na základě partnerských dvojic a společně opět vytvářejí velké skupiny. V pozdní adolescence se velké skupiny rozpadají, malé setrvávají na základě hlubšího přátelství mezi jednotlivými páry. Erotické vztahy se v adolescence u většiny dospívajících záhy spojují se sexuálním chováním (Dunphy, 1963). V České republice potvrdilo 21,38 % patnáctiletých adolescentů, že již měli pohlavní styk (Dolejš & Skopal, 2015).

Dospívající mohou rovněž navazovat vztahy s nepříbuznými dospělými. Ti stojí na půli cesty mezi vrstevníky a rodiči, reprezentují normy dospělosti, ale nemají explicitně za úkol adolescence vychovávat. Taková pozice jim dává větší prostor pro diskusi. Vnášejí do vztahu s dospívajícími podněty a zdroje důležité pro jejich intelektuální, sociální a emoční vývoj, nabízejí jim emoční oporu. Tyto vztahy mají menší afektivní náboj, důraz je v nich kladen na aktivity a instrumentální funkce. Jsou významnou příležitostí pro jedince, kteří o tradiční vztahy z nejrůznějších důvodů přišli, nebo je v potřebné kvalitě nikdy nezažili. Adolescenti považují za důležité ty dospělé, kteří je nutí k vyšším výkonům, ale zároveň je podporují v jejich zájmech, schopnostech a dovednostech (Ježek, 2012). Tuto roli mohou plnit právě sociální pracovníci z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

2.2 Utváření identity jako vývojový úkol adolescence

Erikson (2002) považuje ujasnění vztahu k sobě samému a hledání vlastní identity za vývojový úkol adolescence, po jehož zvládnutí se jedinec začleňuje do společnosti. V současnosti je na hledání identity názíráno spíše jako na celoživotní proces. Identita jedince zahrnuje dva aspekty. Její osobní aspekt

odpovídá na otázku „kdo jsem“ a obsahuje prožitek vlastní jedinečnosti. Její sociální aspekt odpovídá na otázky „odkud přicházím“ a „kam směřuji“ a tvoří jej pocit začlenění, spolupatřičnosti a kontinuity ve vztazích i v čase (Tyrlik, 2010).

Rozvoj identity probíhá v procesu individuace, jehož průběh rozčlenila Josselsonová (1980) do čtyř fází. Ve fázi **diferenciace** si dospívající uvědomuje vlastní psychickou i fyzickou odlišnost, mění se jeho vztah k dospělým, vymezuje se vůči nim a zpochybňuje jejich názory a normy. Pro fázi **experimentace** je příznačné experimentování s vlastní emancipací, odmítání závislosti na rodině a její nahrazování vztahy s vrstevníky. Ve fázi **postupné stabilizace** dochází k narovnání vztahu s rodiči, adolescent již dosáhl určité samostatnosti a nemá potřebu se příliš vymezovat. Separace od závislosti na rodině je ukončena ve fázi **psychického osamostatnění**, v níž jedinec dosahuje plné samostatnosti a vytváří si vlastní identitu regulující jeho budoucí směřování, aktuální chování a prožívání.

Marcia (1966) rozlišuje rozptýlenou identitu, charakteristickou nepřijímáním závazků ve vztahu k budoucnosti, uzavřenou identitu, vyznačující se pasivním příklonem k normám a hodnotám uznávaných autorit, status moratoria s typickým aktivním a nezávazným hledáním a stav dosažení či vykonávání identity, založený na aktivním objevování a přijímání závazků. Tyto statusy nelze jednoduše přiřadit k jednotlivým fázím individuace. Přechod mezi nimi bývá vysvětlován prostřednictvím Piagetova modelu kognitivních strukturálních změn, založeného na procesech asimilace a akomodace. Se zvyšujícím se věkem přibývá počet dospívajících, kteří aktivně objevují a přijímají závazky, a ubývá těch, kteří jsou ve stadiu moratoria, rozptýlené či uzavřené identity. Dospívající, kteří dosáhli identity, mají častěji pozitivní sebeobraz, jsou více flexibilní a nezávislí, odmítají autoritářství. Dosažení identity souvisí také s dobrými výsledky ve škole, s liberálním postojem ke drogám a s odpovědným chováním (Macek, 2003).

Berzonsky (1989) považuje formování identity v dospívání za jeden z aspektů procesu sebedefinování, jako sebekonstruování. Popisuje tři sociálně-kognitivní strategie utváření identity. Informační styl sebedefinování je příznačný pro jedince, kteří záměrně a aktivně hledají poznatky o sobě samých. Osoby, které si uvědomují sebe sama a hodnotí se podle reakcí vnějšího světa, využívají normativní styl sebedefinování. Vyhybavý styl sebedefinování je spojen s nechutí jasně vymezit sebe sama, chování je motivováno aktuální situací, potřebami a zisky, identita je tvořena „tady a teď“.

Objevují se také teorie, které kladou důraz na identitu jako na proces seberegulace. Klíčový pojem tohoto pojetí je *selfing*, aktivní proces reflektování autorství vlastních činů. Pro zdárné utváření a fungování identity

je důležité, aby si člověk osvojil dostatečně široký repertoár chování, který bude zajišťovat kontinuitu jeho aktivit i v neznámých a náročných životních situacích, aby rozvíjel své znalosti a dovednosti, které posilují pocit vlastní kompetence, a aby zvládal rozmanitost výsledků, které svým jednáním způsobuje (Lerner, Freund, DeStefanis, & Habermas, 2001).

Ve formování identity lze vysledovat rodové rozdíly. Definování mužů je více vztaženo ke kariéře, definování žen k interpersonálním vztahům. Rovněž se ukazuje, že u žen někdy dochází dříve k přijetí intimity než k vytvoření identity (Macek, 2003).

Jedním z nejdůležitějších motivů adolescentů je snaha být autentický. Touha po pravém já se však může proměnit v břemeno touhy být jedinečný (Baumeister & Muraven, 1996). V současné době se častěji než dříve objevují adaptační problémy a poruchy vztahu k vlastnímu já, týkající se tělesného schématu, sebesystému a celkového sebehodnocení. Adolescenti s poruchou identity zažívají informační chaos, mají vysoké a nespécifické aspirace a ambivalentní vztah k autoritám. Usilují o vlastní nezávislost, často se však necítí kompetentní samostatně rozhodovat. V některých ohledech tak připomínají generaci X, prvně popsanou v USA. Údajně se jedná o první generaci, která přestala věřit, že její život může být lepší než život jejích rodičů. Tito jedinci nemají výrazné profesionální ambice, provázejí je pocity odloučenosti a poraženectví, nemají vyhraněné ideály, relativizují rodinný a partnerský život a jsou přesvědčeni, že žijí v bláznivém světě. Důležitou hodnotou je pro ně zábava a klid (Macek, 2003).

2.3 Morální vývoj a hledání spirituality v adolescenci

Teorie morálního vývoje popisují stádia přístupu k etickým otázkám, roviny uvažování o dobru a zlu. Piaget rozlišil dvě stádia morálního vývoje. Heteronomní morálka je spojená s respektováním pravidel dospělých a s morálním realismem. Dítě své jednání hodnotí podle toho, zda dodržuje či porušuje vnějšně daná pravidla. Odpovědnost pojímá objektivně, důležitý je následek jednání, méně jeho záměr. Autonomní morálka oproti tomu spočívá ve spolupráci a kooperaci. Úcta k rodičovské autoritě je nahrazena vzájemným respektem. Pojetí odpovědnosti je subjektivní, upřednostňuje záměr jednání (Heidbrink, 1997). Kohlberg vymezil celkem šest stádií, která shrnuje následující tabulka.

Tabulka 2.1: Morální stupně dle Kohlberga (Heidbirnk, 1997, 72–73)

Rovina: Základ morálního úsudku	Vývojové stupně
<p>I</p> <p>Morální hodnocení se zakládá na vnějších, kvazifyzických událostech, špatném jednání nebo na kvazifyzických potřebách, a ne na osobách a normách.</p>	<p>Stupeň 1: Orientace na trest a poslušnost. Zda je nějaké jednání dobré nebo špatné, závisí na jeho hmotných (fyzických) důsledcích, a ne na sociálním významu, popř. hodnocení těchto důsledků. Vyhnutí se trestu a nekritické podřízení se moci platí za hodnoty samy o sobě. Nejsou zprostředkované hlubším morálním uspořádáním, podnětem trestem a autoritou.</p> <p>Stupeň 2: Instrumentálně-relativistická orientace. Správné jednání se vyznačuje tím, že účelově uspokojuje vlastní potřeby – a někdy i potřeby druhých. Mezilidské vztahy se projevují jako vztahy tržní. Základy slušnosti, vzájemnosti, smyslu pro spravedlivé rozdělování jsou sice přítomny, jsou však stále interpretovány hmotně a účelově. Vzájemnost je otázkou jednání „ruka ruku myje“, a ne otázkou loajality či spravedlnosti.</p>
<p>II</p> <p>Morální hodnocení se zakládá na přejímání dobrých a správných rolí, dodržování konvenčního pořádku a toho, co očekávají druzí.</p>	<p>Stupeň 3: Orientace na souhlas vázaný k určité osobě nebo model „správného chlapce / správné dívky“. Správné jednání je takové, které se ostatním líbí nebo jim pomáhá a získává jejich souhlas. Tento stupeň je charakterizován vysokou mírou konformity vůči stereotypním představám o jednání, které je většinou považováno za správné či „přirozené“. Jednání je často posuzováno podle názoru „On to myslí dobře,“ což je pro začátek důležité. Člověk získává souhlas, pokud se chová „přívětivě“.</p> <p>Stupeň 4: Orientace na právo a pořádek. Autorita, pevná pravidla a zachovávání sociálního pořádku tvoří orientační rámec. Správné jednání znamená konat svou povinnost, respektovat autoritu a v jejím zájmu hájit dané sociální uspořádání.</p>

Rovina: Základ morálního úsudku	Vývojové stupně
<p>III Morální hodnocení se zakládá na hodnotách a principech, které jsou platné a použitelné nezávisle na autoritě skupin či osob, jež tyto principy zastupují, a nezávisle na vlastní identifikaci s těmito skupinami.</p>	<p>Stupeň 5: Orientace na zákonné chování a sociální úmluvy je všeobecně spojena s utilitaristickými rysy. Správnost jednání se běžně měří podle všeobecných individuálních práv a standardů, které po kritickém přezkoumání přijímá celá společnost. Člověk si je vědom relativity osobních hodnotových postojů a názorů a podle toho klade důraz na pravidla jednání směřující k nalezení konsenzu. Nehledě na ústavní a demokratické dohody je právo otázkou osobního měřítka hodnot a názorů. Vně zákonem stanoveného okruhu se povinnosti zakládají na volné dohodě a úmluvách.</p> <p>Stupeň 6: Orientace na všeobecně platné etické principy. Právo je definováno jako vědomé rozhodnutí ve shodě se zvolenými etickými principy s odvoláním na rozsáhlé logické extenze, univerzalitu a konzistenci. Tyto principy jsou abstraktní a etické povahy (zlaté pravidlo, kategorický imperativ), nejde o konkrétní morální pravidla, jako je třeba Desatero. V jádru se jedná o univerzální principy spravedlnosti, vzájemnosti a rovnosti lidských práv a respektování důstojnosti člověka jako jednotlivce.</p>

Kohlbergův model podrobila kritice Gilliganová (2001). Ta poukázala na rozdílné pojetí morálky u mužů a žen. Pro ženy je podle ní typická morálka péče, která je situačně senzitivní a flexibilní, vztahuje se k ostatním, a pro muže morálka spravedlnosti, která je situačně nezávislá a rigidní, orientuje se podle abstraktních práv a povinností.

Rozvoj kognitivních funkcí v období dospívání často souvisí také s otázkami po smyslu života. Může tak docházet k „existenciálnímu napětí“, kdy je jedinec nucen přehodnotit svůj dosavadní život (Spilka, Hood, Hunsberger, & Gorsuch, 2003), a pociťuje tak úzkost, pocit osamění, izolace či ztráty. Musí si tak vyvinout strategii zvládnání relativity vědění (Rosenblum & Lewis, 2005). Tou může být právě přijetí víry nebo hledání vlastní spirituality, která poskytuje výkladový rámec světa a pomáhá nalézat smysl reality (Berger & Luckmann, 1999).

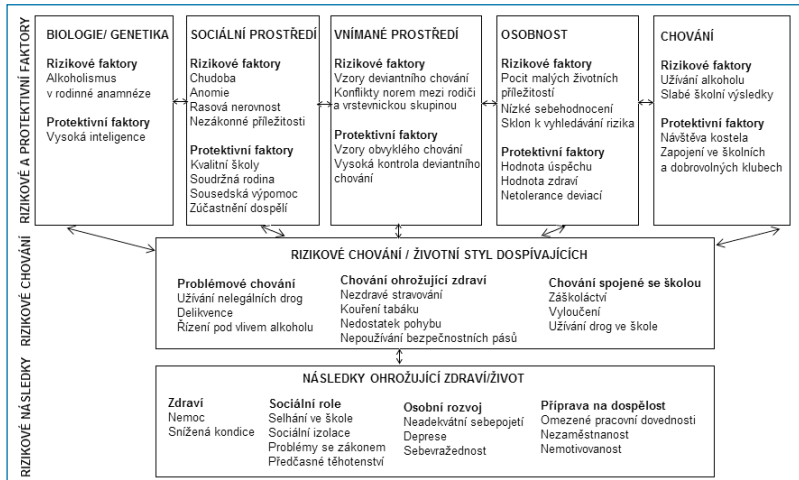
Koncepci vývoje náboženského přesvědčení vytvořil Fowler (1995), který rozdělil vývoj jedince do sedmi stadií. Pro první stadium nediferencované víry je příznačná základní důvěra a vztah k pečovateli v prvních třech letech života. Ve věku od tří do sedmi let nastává stadium intuitivní projektivní víry,

spojené s rozvojem představivosti jako prostředku k chápání světa. Ve fázi mytické víry od sedmi do dvanácti let děti již dobře rozlišují mezi fantazií a realitou a jsou schopny si osvojovat náboženské představy prostřednictvím četby. V období od dvanácti do šestnácti let nastává fáze syntetické konvenční víry, kdy si dospívající budují osobnější vztah k Bohu, který má velký vliv na jejich chápání světa a hodnot. Ve věku od sedmnácti do třiceti let se mladí dospělí nacházejí ve fázi individuálně reflektující víry a jsou schopni kriticky hodnotit vlastní víru, ideály a svou budoucnost. V následné fázi konsolidující víry se dospělí jedinci již vyrovnali s protiklady a prožívají hlubokou odpovědnost. Do poslední fáze univerzální víry vstupuje jen malý počet jedinců, kteří hluboce prožívají lásku ke světu a k Bohu. Takto nastíněný vývoj se však nepodařilo dostatečně empiricky ověřit (Pechová, 2011).

2.4 Rizikové chování v adolescenci

Adolescence je velmi citlivým obdobím pro rozvoj rizikového chování. Dolejš (2010) jej vymezuje jako chování jedince nebo skupiny, které způsobuje prokazatelný nárůst sociálních, psychologických, zdravotních, vývojových, fyziologických a dalších rizik pro jedince, jeho okolí a pro společnost. Jeho vzorce lze vymezit jako soubor fenoménů, jejichž existenci a důsledky lze podrobit vědeckému zkoumání a jež je možné ovlivňovat prostřednictvím preventivních a léčebných intervencí (Miovský, 2010). Dolejš (2010) řadí mezi rizikové chování například (zne)užívání legálních a nelegálních látek, kriminalitu, šikanu, hostilitu a agresivní chování, rizikové sexuální aktivity nebo školní problémy a přestupky. Mezi hlavní rizika období dospívání patří zvýšená zranitelnost, sebepoškozování a ohrožování ostatních či společenských zájmů (Matoušek, 2010).

Riskování umožňuje adolescentovi testovat vlastní hranice a lépe porozumět sobě samému (Ježek, 2012). Možné negativní následky jsou při něm určitým způsobem vyváženy případnými pozitivními zisky (Gullone & Moore, 2000). Kouření marihuany tak kromě zdravotních rizik a případných střetů s rodiči může vést k uznání v očích vrstevníků a k pocitu autonomie a zralosti. Zaměření rizikového chování odpovídá vývojovým potřebám, může vést k osamostatňování se od rodičů, k upevnění vlastní pozice ve vrstevnické skupině, ke zmírňování úzkosti či k potvrzování vlastní zralosti. Zároveň však ohrožuje psychosociální aspekty úspěšného adolescentního vývoje (Jessor, 1991). Rizikové chování také často poukazuje na sníženou resilienci jedince (Punová, 2015).



Obrázek 2.1: Konceptní rámec rizikového chování dospívajících (Jessor, 1991, s. 602)

Jessor (1991) pojmenoval syndrom rizikového chování v dospívání, který se skládá především z abúzu návykových látek a vzniku závislosti na nich, z negativních sociálních jevů v užším smyslu (např. problémové chování, agresivita, suicidální chování) a z poruch reprodukčního zdraví, které se pojí s časným začátkem intimního života. Řada dospívajících, kteří vyrůstají v prostředí negativních vlivů, omezených zdrojů a tlaků na překračování konvenčních norem, přitom dokáže tyto okolnosti překonat a rizikovým způsobem se nechovat, případně u nich rizikové chování vymíjí rychleji než u druhých.

Podle Hamanové a Hellerové (2000) se velká část adolescentů podílí na více formách rizikového chování současně. Většina adolescentů se přitom zapojuje do chování, které může vést k závažným zdravotním důsledkům, ve stále nižším věku. Světová zdravotnická organizace vyčlenila dospívající jako samostatnou rizikovou populační skupinu, jejíž zdraví je nejvíce ohroženo právě behaviorálně. Podle autorského týmu Dolejše, Skopala a Suché (2014, s. 32) lze vymezit osobnostní faktor rizikovost, který se projevuje různými formami rizikového chování. Prezентují jej následující charakteristiky:

„Adolescent je nerozvážený, nedomýšlí důsledky svého chování, činy jsou realizovány se značnou energií a bez zábrán. Častěji se u těchto jedinců objevuje vztek, hněv a hádavost. Jedinec podezírá své blízké a vzdálené okolí, navazuje destruktivní vztahy a je v konfliktu s druhými. V komunikaci s druhými je agresivnější, bezcitný a cynický. Nerad spolupracuje s ostatními při realizaci

dlouhodobých úkolů. Jedinec trpí sníženou sebekontrolou, impulzivitou a poruchami pozornosti. Adolescent se vyhýbá povinnostem, selhává při dosahování cílů, revoltuje proti normám a snaží se být nezávislý na rodičích. Jedná se o lidi, kteří jsou svérázní, nepoddajní a vyžadují obdiv.“

Ukazuje se, že adolescenti vysoce skórující v osobnostním rysu impulzivita, který se projevuje nerozvázným a agresivním chováním bez zábran, citovou nestálostí, vznětlivostí a naléhavostí, jsou rizikovější populací a vyskytuje se u nich vyšší počet a vyšší frekvence rizikových forem chování (Skopal, 2014). Impulzivita se tak stává dobrým prediktorem rizikového chování a lze ji využít jako identifikační nástroj k cílené prevenci tohoto chování (Dolejš, 2014). V osobnostním rysu impulzivita skórují níže jedinci, kteří mají vyšší sebehodnocení (Suchá, 2014).

2.5 Životní obtíže v adolescenci a jejich zvládání

Na dospívání lze nahlížet jako na období zvýšených nároků, které často vedou ke krizím a konfliktním vzorcům chování. Adolescenti se v každodenním životě vypořádávají s řadou starostí a problémů. Požadavky, které jsou na ně kladené, přitom často překračují jejich adaptivní kapacitu (Olbrich, 1990). Jejich starosti se nejčastěji týkají rodinného života, školy, vztahů, volného času a nazírání na sebe sama. Tyto obtíže nejsou mimořádné, působí však dlouhodobě, a méně tak mobilizují síly jedince. Pociťované starosti mohou být způsobeny normativními životními událostmi, například přechodem ze základní školy na střední, ale také specifickými obtížemi (Macek, 2003). Stres z jejich prožívání působí negativně na duševní pohodu (*well-being*). Každodenní obtíže ve vztahu k nejbližším mohou vést k depresi, potíže ve vztahu k rodičům k rizikovému chování (Sim, 2000).

V adolescenci se zvyšuje četnost strategií zvládání. V časně adolescenci přitom dospívající mají jen málo zkušeností s odhadem situace a s efektivním zvládáním situací. Jsou tak zranitelnější a jejich chování je méně konzistentní. Referenčními osobami, které jim poskytují zpětnou vazbu, zda jsou při zvládání nových úkolů a situací úspěšní, jsou především rodiče. Konfliktní rodinné prostředí, ve kterém nejsou vyjasněny role a kompetence, a vysoká míra rodičovské kontroly může vést k pasivním reakcím na problémy. Samostatné rozhodování a tendence hledat radu a informace je příznačná pro adolescenty, jejichž rodiče příliš nestrukturují své požadavky, podporují samostatnost a vyjadřují emoční angažovanost (Macek, 2003).

Podle výzkumů z počátku 80. let více než 80 % dospívajících úspěšně zvládalo obtíže spojené s plněním vývojových úkolů. Mezi nejčastější způsoby zvládání patřily racionální strategie (aktivní snaha o uklidnění, rozbor situace, hledání řešení) a strategie založené na jednání (opětovné zkoušení, změna vykonávané aktivity). Emocionální a spíše pasivní reakce (pláč, rozlobení se, nervozita a úzkost) nebyly příliš obvyklé, stejně jako interpersonálně orientované reakce (hledání pomoci u rodičů, přátel aj.). Nejméně zastoupené byly pasivní reakce (vzdání se, snaha zapomenout na problémy prostřednictvím návykových látek). Dívky se podle těchto výzkumů cítily více stresovány interpersonálními vztahy a normativními úkoly a častěji než chlapci hodnotily události všedního života jako ohrožující, tedy jako takové, které je třeba zvládnout (Olbrich, 1990).

Na dospívání lze nahlížet jako na určité období přechodu, které vede k novým formám přizpůsobení se a rozvoje. Dospívající přitom řeší většinu vývojových úkolů produktivně, například tak, že rozvíjejí nové formy adaptivního chování (Seiffge-Krenke, 1995). Strategie zvládání zátěžových situací zahrnují účel, rozhodnutí a flexibilní posun, odpovídají přitom vnitřní logice jedince a obsahují přiměřený emoční výraz. Jedná se o adaptivní proces ega, který integruje kognitivní, motivační, sociální, morální a hodnotové orientace jedince. Obranné mechanismy jsou oproti tomu nucené, negativní, rigidní, narušují vnitřní realitu a logiku jedince. Jejich podstatou je očekávání, že úzkost může být ventilována bez vyřešení problému. Obranné mechanismy se nejčastěji objevují v případech, kdy jedinec narazí na požadavky, které převyšují jeho adaptivní kapacitu. Nepředstavují adaptivní potenciál jednotlivce, nýbrž jej narušují (Haan, 1977).

Ukazuje se, že to, jak se lidé vyrovnávají se zátěží, je pro jejich zdravý vývoj mnohem důležitější než povaha působícího stresoru (Coelho, Hamburg & Adams, 1974; Goldfried, 1977; Meichenbaum, 1977; Murphy & Moriarty, 1976; Kaplan, 1983). Dospívající, kteří se chovají rizikovým způsobem, lze v tomto kontextu vnímat jako jedince, jejichž potenciál zvládání zátěže ještě není plně rozvinutý (Olbrich, 1990). Rizikovní adolescenti přitom prožívají vysoké napětí z událostí, které ostatní hodnotí jako podstatně méně stresující (Oerter, 1985). K redukci tohoto napětí často využívají fyzickou a verbální agresivitu (Skopal, Dolejš & Suchá, 2014).

Vnímaná vlastní účinnost hraje ústřední roli v posilování schopnosti zvládat zátěžové situace (Telch & Telch, 1985). Downing (2011) odlišuje roli aktéra a oběti a popisuje strategie, které jsou pro ně příznačné. Aktéři věří, že svůj život aktivně ovlivňují svými volbami. Oběti vše připisují vnějším okolnostem. Aktéři mění své myšlení a jednání tak, aby dosáhli co nejlepších výsledků. Oběti své jednání nemění ani tehdy, když se neosvědčuje. Aktéři

na výzvy života odpovídají hledáním řešení, podnikáním patřičných akcí a snahou vyzkoušet něco nového, častěji tak dosahují stanovených cílů. Oběti odpovídají obviňováním, stěžováním si, vymlouváním se a opakováním neúspěšného jednání, cílů tak dosahují méně často. Aktéři činí uvážlivá rozhodnutí a usilují o aktivní ovlivnění vlastní budoucnosti, pro oběti je budoucnost otázkou náhody, nikoli volby. Pokud jedinec promění své uvažování, může tak změnit i své jednání.

3 KLIENTI NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

3.1 Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (NZDM) jsou služby sociální prevence poskytované v ambulantní nebo rovněž v terénní formě. Jejich cílovou skupinou jsou děti a mládež od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy. Cílem těchto zařízení je zlepšovat kvalitu života dané skupiny mladých lidí a umožňovat jim lépe se orientovat v sociálním prostředí a vytvářet podmínky pro řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována anonymně, mezi její základní činnosti patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb., § 62).

Princip nízkoprahovosti označuje časovou, místní a finanční dosažitelnost. Obsahuje aspekt citlivosti k roli klienta – respektuje způsob jeho vstupu do procesu užívání služby, nabízí její anonymní využívání. Klient se může v nabídce služby nezávazně zorientovat a následně se sám rozhodnout, zda a jak se chce zapojit. Jeho životní obtíže jsou přijímány tak, jak je sám cítí a sděluje, v míře, v jaké je sdělovat chce (Klíma, 2004). Jsou tak snižovány možné bariéry v přístupu ke službě.

Základní metodou práce v těchto zařízeních je kontaktní práce. Její pevnou podobu reprezentuje ambulantní forma, mobilní podobu forma terénní. Obě vytvářejí podmínky pro navázání kontaktu a práci s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat jinou odbornou pomoc a u kterých existuje předpoklad potřebnosti a účelnosti této pomoci (Baštecká, 2003). Mezi základní činnosti a strategie patří rozšiřování životních příležitostí klientů, zprostředkování řešení problémů a zmírňování nebezpečí, která jim hrozí.

Nezbytnou podmínkou kontaktní práce je mnohvrstevnatý kontakt s reálným prostředím klientů, se sociálními situacemi, v nichž se angažují, s jejich každodenností, s životním způsobem, s jejich obtížemi a problémy, s příležitostmi a možnostmi, které mají. Jádrem profesionálního vztahu je neustálé kontraktování, dojednávání služby, ujišťování se, zda může být pracovník ve svých odborných nabídkách klientovi prospěšný a jak to může činit (Klíma, 2004).

3.2 Vymezení cílové skupiny nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

Pojem cílové skupiny je spíše abstraktní sociální konstrukcí. Způsob, jakým ji charakterizujeme, vypovídá vždy také o obsahu nabídky služby, o způsobech poskytování pomoci a o přístupu k problémům klientů a jejich řešení. Hlavní výzvou kontaktní práce není samotné vymezení cílové skupiny, nýbrž tvorba odborných pomocných konceptů, jejichž úspěšnost spočívá právě v tom, zda jsou svými adresáty přijímány, či odmítány (Klíma, 2004). Vymezení cílové skupiny je pracovní technikou, která umožňuje plánování a organizování nabídky služeb a diferencovaný přístup ke klientům (Staniček, Syrový & Herzog, 2007).

V pojetí práce zaměřené na člověka definujeme cílovou skupinu především podle znaků, které se vztahují k osobám klientů, jako jsou věk nebo pohlaví. Teprve poté uvádíme sekundární definiční znaky, jejichž prostřednictvím vysvětlujeme, proč je daná osoba klientem zařízení a co jí můžeme nabídnout. Záměna priorit při vymezení cílové skupiny přispívá k nálepkování celých sociálních skupin (Staniček et al., 2007). Posláním kontaktní práce je přitom také předcházení vzniku a působení sociální diskriminace a zabraňování jejím důsledkům.

Sekundární definiční znaky cílové skupiny lze vymezit prostřednictvím nepříznivých sociálních situací. Může se jednat o obtížné životní události, ve kterých se jedinec těžko orientuje a které jsou obtížně řešitelné vlastními silami, jako je například rozvod rodičů, o konfliktní společenské situace, jako jsou například konflikty v místní lokalitě, nebo o omezující životní podmínky, jako je například život v prostředí, které způsobuje omezení psychosociálních dovedností a způsobuje potíže v adaptaci (Racek & Herzog, 2007).

Dalším způsobem vymezení cílové skupiny je definice prostřednictvím vývojových úkolů. Pokud jedinec při jejich plnění selhává, může například zažívat pocity frustrace z vlastního fyzického vzhledu, náročně navazovat vztahy s vrstevníky nebo rezignovat na stanovení osobních cílů. Poslední možností vymezení sekundárních znaků je definice prostřednictvím rizikového chování, která poukazuje na přítomnost jeho konkrétních projevů (např. agrese, rasové nesnášenlivosti, užívání drog, sebepoškozování) u cílové skupiny (Staniček et al., 2007).

Cílovou skupinu lze definovat na čtyřech úrovních. Abstraktní definice souvisí s veřejným závazkem služby, který informuje veřejnost o tom, pro koho je daná služba určena, a který dále obsahuje základní prohlášení poskytovatele o jeho poslání, cílech, principech a o poskytovaných službách

(Čámský, Sembdner & Krutilová, 2011). Obecná definice cílové skupiny představuje její základní rámec, upřesňuje, kdo je a kdo není klient, pojmenovává primární a sekundární znaky osob, pro které je určena a na jejím základě lze stanovit základní nabídku intervencí a volit metody práce s klienty. Konkrétní definice cílové skupiny obsahuje podrobné vymezení a rozbor sekundárních znaků, umožňuje nastavovat konkrétní cíle a prostředky v aktuálním období. Profil typického klienta služby sestavujeme na pracovní úrovni cílové skupiny; díky němu můžeme posoudit, zda činnost zařízení opravdu zasahuje požadovanou cílovou skupinu (Staníček et al., 2007).

Tabulka 3.1: Příklad čtyř úrovní definování cílové skupiny (Štefková, 2012)

Abstraktní úroveň
Ohrožená dospívající mládež.
Obecná úroveň
Dospívající ve věku 13–18 let žijící v lokalitě XY, kteří zažívají konfliktní společenské situace.
Konkrétní úroveň
Dospívající ve věku 15–18 let žijící v lokalitě XY, kteří zažívají konfliktní společenské situace, mají zkušenost se záškoláctvím a drobnou kriminalitou a pravidelně užívají návykové látky.
Pracovní úroveň
Chlapec, 15–17 let, žije s matkou v lokalitě XY. Nenavštěvuje žádný volnočasový kroužek. Zažívá konfliktní situace v rodině (časté hádky s matkou nebo s jejím novým partnerem) a ve škole (zkušenost s propadnutím, opakované záškoláctví, střety s učiteli). Občas něco ukradne (většinou cigarety nebo alkohol). Má zkušenost s ničením majetku, obvykle u toho nebyl chycen, pokud ano, případ se nevyřešil. O partnerské vztahy zatím nejeví zájem, pokud ano, mají jen krátké trvání. Pravidelně kouří cigarety a pije alkohol, dvakrát týdně kouří marihuanu. Počet klientů: 35, cca 30 %

Zemanová a Dolejš (2015, s. 123) zjistili, že služby NZDM využívá „*vysoce riziková mládež, která ve všech sledovaných aktivitách rizikového chování běžnou populaci dospívajících ve věku 11–15 let mnohdy převyšuje o více než 30 %*“ a že tito dospívající „*jsou také velmi často (38 %) pravidelnými kuřáky, kteří vykouří více než pět cigaret za den*“.

Všechna nízkoprahová zařízení pro děti a mládež v České republice pracují s klienty ve věku adolescence. Některá zařízení pracují rovněž s dětmi ve věku 6–9 let, v odůvodněných případech již s dětmi od 3 let, a s mladými

dospělými ve věku od 21 do 26 let. Ve výzkumném projektu se zaměřujeme pouze na klienty v adolescentním věku, neboť ti tvoří nejpočetnější skupinu jedinců, kteří tato zařízení navštěvují.

3.3 Průběh poskytování služby

Proces poskytování služby v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež se skládá ze tří základních částí, které tvoří jednání se zájemcem o službu, uzavření dohody o poskytování služby včetně procesu individuálního plánování a ukončení spolupráce. Během jednání se zájemcem o službu zjišťuje sociální pracovník potřeby klienta, mapuje jeho nepříznivou sociální situaci a seznamuje jej s veřejným závazkem služby, s jejími pravidly a podmínkami využívání (Pojmosloví NZDM, 2008).

Tabulka 3.2: Příklad jednání se zájemcem o službu – první kontakt

Popis průběhu jednání se zájemcem o službu v ambulantní formě

Pepíček přišel do klubu se spolužákem Igorem, který tu ještě nikdy nebyl. Oba pozdravím a Igorovi se představím. Poté s Igorem uděláme prvokontakt, do něhož zapojím i Pepíčka, který již fungování služby zná. Na závěr si ověřím, že Igor informacím porozuměl, předám mu informační letáček, zapíšu si jeho přezdívku a rok narození do dokumentace. Nabídnu Igorovi, že se může podívat, jak dokumentace vypadá. Ptám se, jak se Igor o službě dozvěděl a co od ní očekává. Domlouváme se, že se příště budeme bavit víc o Igorovi.

Popis průběhu jednání se zájemcem o službu v terénní formě

Potkali jsme Petra ve skateparku se skupinou koloběžkářů, kteří již naši službu znají. Vyzvali jsme ostatní ze skupiny, aby nás představili svému kamarádovi. Doplňili jsme informace a ověřili si, zda Petr informacím rozumí. Předali jsme mu vizitku. Nabídli jsme Petrovi, že se může na tabletu podívat do dokumentace. Petr momentálně řeší problémy s rodiči, takže chodí častěji ven a špatnou náladu zahání ježděním s kamarády na koloběžce. Je pravděpodobně, že se ve skateparku budeme vidat pravidelně.

Podmínkou využívání služby je uzavření smlouvy o jejím poskytování. Ta může být jak ústní, tak písemná. Vždy však musí obsahovat označení smluvních stran, druh sociální služby a rozsah jejího poskytování, včetně uvedení místa a času poskytování služby, informace o výši úhrady za poskytování služby, výpovědních důvodech a lhůtách, doby platnosti smlouvy a ujednání o dodržování vnitřních pravidel. Smlouva rovněž obsahuje cíl

spolupráce. V případě nových klientů bývá tento cíl často adaptační, počítá s možností vzájemného sladění klienta a služby (Pojmosloví NZDM, 2008).

Na uzavření smlouvy navazuje proces individuálního plánování služeb. Jedná se o dlouhodobou kontinuální práci s klientem služby, během níž se pracovníci aktivně zajímají o jeho aktuální situaci, sledují jeho příběh v čase a pomáhají mu zvládat zátěžové situace. Konkrétním výstupem tohoto procesu je individuální plán, jenž vždy obsahuje identifikaci nepříznivé sociální situace, kterou plán řeší, cíle spolupráce, kroky k dosažení těchto cílů a následnou revizi procesu (Herzog, 2010).

Tabulka 3.3: Popis procesu individuálního plánování – „tady a teď“

Popis situace
<i>Klient přichází za pracovníkem s tím, že dlouho shání brigádu a potřebuje k tomu další informace, protože rodiče se ho na brigády neustále vyptávají. Dneska ale nemá moc času. Požaduje po pracovníkovi informační leták. Jako nepříznivou sociální situaci vyhodnocujeme skutečnost, že klient nemá dostatek informací k tomu, aby si našel legální brigádu (můžeme předejít tomu, že si peníze bude obstarávat kriminální činností), a zároveň vnímáme v pozadí konflikt s rodiči. Zakázka klienta: Mít doma klid – aby rodiče přestali „prudit“. Pracovník se ptá klienta na situaci doma. Klient zmíní, že máma neustále „prudí“, on to ale nechce řešit, nemá čas. Pracovník mu předává leták a nabízí mu pomoc při hledání práce, například prostřednictvím tabletu. Klient ale tuto nabídku odmítá s tím, že nemá čas. Pracovník mu nabízí další spolupráci na řešení těchto témat při dalším kontaktu a odkazuje ho na pracovní facebookové stránky a předává mu kontakt na pracovní telefon. Klient uvažuje o využití nabídky služby při dalším kontaktu.</i>
Cíle spolupráce
<i>Předat klientovi informace o tom, jak si najít legální brigádu. Přípravit prostor pro další spolupráci s klientem. Zplnomocnit klienta v každodenních činnostech. (Cíle evidentně navrhol pracovník, ale pokud je klient akceptoval, jde o legitimní cíle spolupráce.)</i>
Kroky
<i>Pracovník nabízí pomoc při hledání práce prostřednictvím tabletu. Pracovník předává leták. Pracovník s klientem se domlouvají na možnostech další spolupráce.</i>
Revize
<i>S klientem jsme si povídali o tom, jak se dá efektivně shánět brigáda. Klient uznal, že shánění brigády je potřeba věnovat dostatek času. Bude uvažovat o další spolupráci na tématu.</i>

Službu lze ukončit ústní nebo písemnou dohodou mezi klientem a pracovníkem v případě naplnění cílů spolupráce. Smlouva může být ukončena i jednostranně. Klient smlouvu většinou vypovídá, protože již nemá zájem o služby zařízení nebo je s nimi nespokojen. Může ji vypovědět rovněž v případě, kdy pracovníci neplní uzavřené dohody, kdy sami pracovníci porušují pravidla a podmínky poskytování služby nebo když se rozhodne využít služeb jiného zařízení, které lépe odpovídá jeho potřebám (Pojmosloví NZDM, 2008). Specifikem služeb, které pracují metodou kontaktní práce, je skutečnost, že klienti často po pojmenování své zakázky odcházejí do jiného typu služeb. Kontaktní práce je však nedocenitelná právě ve zplnomocňování klientů k pojmenování své situace a v obnovování jejich důvěry ve společenskou instituci.

Službu lze ukončit rovněž ze strany zařízení. Tyto důvody jsou předem definovány a klient je s nimi seznámen již v rámci procesu uzavírání smlouvy. Jedná se o případy, kdy klient dlouhodobě porušuje dohody a zneužívá zařízení pro jiné cíle než ty dohodnuté, a o případy, kdy klient dlouhodobě porušuje pravidla a podmínky poskytování služeb nebo kdy je poruší velmi závažně (např. napadení pracovníka, trestná činnost páchaná v prostorách zařízení).

3.4 Resilienční sociální práce s adolescenty

Resilienční sociální práci s adolescenty vymezuje Punová (2012, s. 69) jako „*profesionální pomoc mladým lidem, kteří se nalézají v obtížné životní situaci, kterou nejsou schopni zvládat vlastními silami, a jejich sociální fungování je ohroženo. Cílem je zlepšení jejich sociálního fungování a proměna sociálního prostředí prostřednictvím podpory resilienčních procesů v nich samotných i v parametrech jejich prostředí*“.

Koncept resilience lze účinně používat jako nástroj pro posouzení životní situace dospívajících a pro nastavení cílů sociální práce. Podle Bartlettové (1970) je pro sociální fungování klíčová schopnost řešit problémy a sociální kontext, který tvoří požadavky a podpora sociálního prostředí. Na resilience lze nahlížet jako na součást Bronfenbrennerova (1979) pojetí sociálně-ekologického modelu, kterou tvoří soustava procesů, jež jsou ve vzájemné dynamické interakci.

Fraser (2004) rozlišil tři systémové úrovně resilience. **Mikrouroveň** se skládá z individuálních faktorů jedince, přičemž protektivní faktory se pojí především s jeho sebehodnocením a vnímaným smyslem života a rizikové

faktory představují například obtížný temperamentový typ nebo existenciální frustrace. Na **mezoúrovni** jsou klíčové faktory nejbližšího sociálního prostředí, kam patří rodina, sousedství, škola, vrstevníci a volnočasové organizace. **Makroúroveň** tvoří komunitní či environmentální faktory, mezi něž patří oblast sociální politiky, přístup ke zdrojům a příležitostem. Klíčovou dovedností sociálního pracovníka je schopnost vyhodnotit situaci klienta na všech těchto úrovních (Punová, 2012).

Současná doba klade před sociální pracovníky tři velké výzvy (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004, in Punová, 2012). První výzvou je dokázat posoudit stále komplexnější situace v rámci širokého spektra systémových úrovní a intervenovat v nich. Druhou výzvou je zaměřit se na silné stránky klienta více než na jeho rizikové charakteristiky. Třetí výzvou je realizovat intervence, které vycházejí z empiricky ověřených teoretických konceptů. Resilienční přístup odpovídá na všechny tyto výzvy. Pokud jej použijeme při posouzení situace klienta a při formulaci cílů intervence, stane se tak intervence systémovou a komplexní. Nejeфекtivnější intervence se přitom zaměřují na rizikové a protektivní faktory napříč všemi ekosystémovými úrovněmi (Smokowski, 1999).

3.5 Aktuální výzkumy klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež

V roce 2009 realizoval Národní institut dětí a mládeže (2010) studii *Zdravé klima v zájmovém a neformálním vzdělávání*. Jejím cílem bylo popsat rodinné a sociální zázemí, způsoby trávení volného času a vztah ke škole u dětí a mládeže ohrožených sociálním vyloučením. Většina dotázaných žila s matkou a otcem či partnerem matky. Jejich rodiče pocházeli zejména z nižších vzdělanostních skupin a většinou neměli přehled o trávení volného času svých dětí. Respondenti nepociťovali obtíže se školním prospěchem, často však překračovali stanovená pravidla a normy. Třetina dotázaných měla zkušenost s řešením vlastního chování na policii a se sociálními pracovníky (kurátory pro děti a mládež). Problémy, kterým čelili, byly poměrně shodné s problémy vrstevníků. Na rozdíl od nich je však vnímali jako těžko řešitelné či jako momentálně neřešitelné. Nejčastěji se s nimi svěřovali kamarádům. Čím byli starší, tím méně se svěřovali.

Česká asociace streetwork ve spolupráci s mezinárodní společností Millward Brown realizovala pětiletý výzkumný projekt „Nízkoprahy pod lupou“. Jeho cílem bylo zjistit a výzkumem podložit, jaké postupy práce jsou

v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež běžné, jaké faktory ovlivňují úspěšnost práce s klienty a jak sami klienti hodnotí zařízení, do kterých chodí. První vlna dotazování proběhla v prosinci 2010 a lednu 2011, celkem bylo vyplněno 129 dotazníků pro mladší (11–13 let) a 277 dotazníků pro starší (od 14 let) z celkem 39 klubů.

Podle získaných dat jsou nejsilnější věkovou skupinou, která kluby navštěvuje, dospívající ve věku 13–15 let. Průměrný klient nízkoprahového klubu je chlapec české národnosti ve věku 15 let, jenž chodí na základní školu a poslouchá hip hop; o klubu se dozvěděl od kamarádů. Nejraději si v něm povídá s kamarády a rodiče s touto jeho aktivitou souhlasí nebo proti ní nic nenamítají. Převážná většina klientů (96 %) se domnívá, že klub pomáhá (Dohányosová & Krajhanzl, 2011). V prvním roce výzkumu se jako nejrizikovější období pro začátky experimentů s návykovými látkami, se sexem a se sebepoškozováním ukázal věk mezi dvanáctým a třináctým rokem. Toto zjištění potvrdili také Skopal, Dolejš a Suchá (2014), kteří rovněž zjistili nejvyšší nárůst rizikových aktivit mezi 12. a 13. rokem u reprezentativní populace českých adolescentů.

Zemanová a Dolejš (2015) se ve svém výzkumném šetření pokusili nalézt odpověď na otázku, jací jsou klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Zásadním zjištěním jejich celorepublikového výzkumu bylo to, že služby NZDM využívá vysoce riziková mládež, která ve sledovaných aktivitách rizikového chování převyšovala běžnou populaci několikanásobně. Mezi nejčastější formy rizikového chování klientů NZDM patřila delikventní činnost v podobě falšování podpisu rodičů (49 % klientů). Druhou nejčastěji vyskytovanou rizikovou aktivitou bylo kouření cigaret v posledních 30 dnech, které se týkalo 45 % klientů. V rámci tohoto výzkumu se dále ukázalo, že vysoká míra rizikového chování má často vliv na životní spokojenost klientů NZDM, kteří se tak dostávají do spirály zahrnující nižší míru sebehodnocení oproti normě.

Problematikou resilience u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se v rámci své bakalářské práce zabývala Chmelařová (2007). Pro svůj výzkum si vybrala konkrétní nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, v jehož rámci realizovala výzkumné šetření mezi pracovníky. Cílem jejího výzkumu bylo ověřit, zda jsou služby tohoto zařízení poskytovány v souladu se třemi výzvami resilience sociální práce. Autorka dospěla k zjištění, že pracovníci se orientují zejména na mikrosystémovou úroveň a podceňují možnost intervencí v rámci komunity. Většina pracovníků přitom upřednostňovala silné stránky klienta před jeho rizikovými charakteristikami. Jako slabou stránku tohoto výzkumu vnímáme jeho zaměření pouze na rozhovory

s jednotlivými pracovníky, bez triangulace metody například v podobě cíleného pozorování konkrétní praxe v tomto zařízení.

Na možnosti podpory resiliencie u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se soustředila ve své diplomové práci Kupčíková (2014). V rámci svého výzkumu se zaměřila rovněž na pracovníky NZDM, tentokrát ze třech různých zařízení, od nichž zjišťovala, jak podporují resilienci u klientů. Autorka přitom výslovně uvádí, že jí nebylo umožněno realizovat rozhovory přímo s klienty. Podle jejího výzkumu podporují sociální pracovníci resilienci svých klientů na základě bezpečného vztahu. Dále přispívají ke zdravému životnímu stylu klientů, k jejich pocitu jistoty a bezpečí, k pocitu spokojenosti se sebou samým i se životem vůbec, podporují budování jejich pozitivní zkušenosti a pozitivního hodnocení sebe sama. Za slabinu tohoto výzkumu opět považujeme jeho zaměření na pracovníky, bez zjištění informací přímo od klientů.

4 PŘEDVÝZKUM

V rámci připravované monografie jsme uskutečnili předvýzkum dané problematiky, který se zaměřoval na strategie zvládnání zátěžových situací. Sběr dat probíhal od března do června 2014 v pražských zařízeních, která byla členy České asociace streetwork. Ověřovali jsme náš předpoklad, že klienti NZDM používají pasivní reakce zvládnání obtíží a že právě tato skutečnost z nich může činit klienty sociálních služeb (Štefková, 2012). Z výzkumných zjištění však nevyplývala konkrétní opatření pro praxi. Nebylo z nich tedy možné odvodit to, jakým způsobem zaměřovat jednotlivé intervence ve vztahu ke klientům. Z tohoto důvodu jsme výsledný design výzkumu rozšířili na koncept resilience, který vymezuje jednotlivé oblasti, jež lze dále intervenčně ovlivňovat.

Základní soubor našeho předvýzkumu tvořili všichni klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, tedy 33 548 klientů z celkem 236 služeb (MPSV, 2014). Výběrový soubor tvořilo 43 klientů z 6 různých pražských zařízení, a to 18 dívek a 25 chlapců. Většinu respondentů bylo mezi 13 a 16 lety (medián 14 let). Data v předvýzkumu byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření. Součástí testové baterie byl i dotazník Coping Tomáše Kohoutka – CTK (Kohoutek, Mareš, Ježek, 2008), sledující strukturu psychosociální zátěže a preferované strategie zvládnání.

Dospívající klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež nejčastěji zatěžovaly změny v prožívání, vztahy s vrstevníky a konflikty s dospělými. Nejčastěji používanou strategií zvládnání byl odklon a vyhýbání se. Nejméně používanou strategií bylo komplexní aktivní řešení, které lze označit jako zvládnání obecně a které je nejčastěji používanou strategií u běžné populace. Využívalo ji pouze 11 % respondentů. Oproti tomu pasivní reakce, mezi něž můžeme zahrnout odklon a ztrátu kontroly, využívalo celkem 66 % respondentů, tedy celé dvě třetiny dospívajících klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež.

Tabulka 5.1: Nejčastěji prožívané zátěžové situace a nejčastěji používané strategie zvládání

Nejčastěji prožívané zátěžové situace		Nejčastěji používané strategie zvládání	
1.	změny v prožívání	1.	odklon, vyhýbání se
2.	vztahy s vrstevníky	43%	
3.	konflikty s dospělými	2.	ztráta kontroly
4.	problémy v rodině	23%	
5.	problémy s autonomií	2.	hledání sociální opory
6.	problémy s výkonem a výkonností	23%	
7.	negativní životní události	3.	komplexní aktivní řešení
		11%	

Nejčastěji prožívané zátěžové situace odpovídají vývojovým změnám v období adolescence. Nejčastěji používané strategie zvládání potvrzují tvrzení, že rizikové dospívající lze vidět jako jedince, jejichž potenciál zvládání zátěže ještě není plně rozvinutý (Olbrich, 1990). V této oblasti spatřujeme velkou výzvu právě pro resilienční práci a pro realizaci jednotlivých intervencí. Škály resilience pro děti a adolescenty přitom mohou pomoci vymezit jednotlivé oblasti, na které se lze v rámci klientské práce zaměřit.

5 PROJEKT APLIKOVANÉHO VÝZKUMU

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou relativně nové služby, první takto koncipovaná zařízení vznikla v druhé polovině devadesátých let a sociálními službami dle zákona se stala teprve v roce 2007 (Čechlovský & Racek, 2007). Především z tohoto důvodu stále chybí relevantní výzkumná data týkající se této služby a jejích klientů.

Dosud se výzkumem tohoto prostředí zabývali především studenti, často zároveň pracovníci jednotlivých služeb, v rámci svých závěrečných prací. Většina pozornosti v rámci oboru je věnována podobě standardizovaných procesů, vymezení cílové skupiny a jednotlivých výkonů. Tuto skutečnost odráží i dostupná odborná literatura (Klíma, Herzog, Kunc, Racek, & Zahradník, 2007 a 2010; Filípková et al., 2011). V poslední době byla realizována tři rozsáhlá výzkumná šetření s cílem získat informace o tom, jací vlastně klienti nízkoprahových zařízení pro děti a mládež jsou (Národní institut dětí a mládeže, 2010; „Nízkoprahy pod lupou“, 2010–2015; Zemanová & Dolejš, 2015).

Stále však schází komplexnější výzkumy zaměřené na to, jak s klienty efektivně pracovat. Koncept resilience může být vhodným východiskem pro práci s cílovou skupinou, neboť předpokládá, že resilience není pevně daná a lze ji ovlivňovat intervenčními postupy (Drapeau, Saint-Jacques, Lépine, Bégin, & Bernard, 2007). Výzkum na toto téma využívající kvantitativní metodologii a zaměřující se přímo na klienty nízkoprahových zařízení pro děti a mládež dosud nebyl realizován. Přitom pokud budeme mít k dispozici nástroj na měření resilience, budeme moci zaměřovat intervence na její jednotlivé faktory a následně účinně ověřovat jejich úspěšnost. Předkládaný výzkum je v souladu s pozitivním vývojem mládeže, charakterizovaným snahou o rychlé převádění výsledků výzkumů do praxe v podobě intervencí (Lerner, Almerigi, Theokas, & Lerner, 2005).

Hlavním cílem tohoto výzkumného projektu je identifikovat a kvantifikovat klíčové osobnostní charakteristiky resilience (*ego-resiliency*) u dospívajících klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, které jsou vyjádřené prostřednictvím jejich vlastních výpovědí o jejich vlastních zkušenostech. Součástí prezentovaných výsledků je rovněž analýza použité metody Škály resilience pro děti a adolescenty (RSCATM, Prince-Embury, 2007).

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR

V České republice bylo k 31. 12. 2013 registrováno celkem 236 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, jejich služeb přitom využívalo 33 548 klientů (MPSV, 2014)¹. Vzhledem k prudkému nárůstu počtu takto poskytovaných služeb pro nás bylo rozhodující, aby daná zařízení měla definováno, kdo je a kdo není klient, a aby skutečně pracovala s klienty v obtížných životních situacích. Jako základní soubor jsme proto zvolili zařízení, která v době konání výzkumu byla členy České asociace streetwork nebo se o toto členství ucházela (dále jen členská zařízení).² Podmínkou členství v asociaci je totiž hodnocení kvality v podobě rozvojového auditu, v jehož průběhu jsou dané skutečnosti ověřovány. Takto definovaných zařízení bylo v době zahájení výzkumu 88, odhadovaný počet jejich klientů byl 12 496³. Užita byla metoda záměrného výběru. Jednotlivá zařízení byla oslovena přímo prostřednictvím České asociace streetwork.

Od každého zařízení bylo vyžadováno vyplnění testové baterie alespoň od 10 klientů. Celkem bylo osloveno 88 zařízení, pro spolupráci se rozhodlo 47 z nich (53,41 %), dotazníky ve stanoveném termínu zaslalo zpět 39 NZDM (44,32 %). Do každého zařízení bylo zasláno 15 vtištěných dotazníků s průvodním dopisem, obálkou a známkou pro zaslání zpět. Celkem bylo rozesláno 705 dotazníků, zpět se jich vrátilo 483. Návratnost tak činila 68,51 %.

Data se podařilo získat ze všech krajů České republiky, jejich procentuální zastoupení přitom zhruba odpovídá krajskému rozložení členských služeb. Nejvíce členských zařízení je v přitom v Praze, kde se zároveň ukázala nejmenší ochota na výzkumu spolupracovat, především vzhledem k řadě dalších realizovaných výzkumných šetření v rámci absolventských prací. Tuto skutečnost si vysvětlujeme tím, že se v lokalitě nachází řada vysokých a vyšších odborných škol, kde si řada pracovníků či dobrovolníků z nízkoprahových zařízení pro děti a mládež doplňuje či rozšiřuje vzdělání.

¹ V době zpracovávání této monografie nebyla ještě k dispozici statistická data za rok 2014.

² Česká asociace streetwork, o. s., jako odborná organizace zastupuje fyzické i právnické osoby působící v oblasti nízkoprahových sociálních služeb, přičemž zejména lobbuje ve prospěch členů ČAS i samotného oboru, vytváří klima pro práci v oboru (sítuje, napomáhá komunikaci členů, propaguje oblast atd.), podporuje vlastní vnitřní činnost na profesionalizaci oboru, například vytváří definice, standardy, stanovuje měřítka kvality, definuje využívání supervize, vytváří akreditační a evaluační systém atd., realizuje projekty určené pro odbornou veřejnost, zejména vzdělávací a výcvikové programy, organizuje profesní setkání, konference, semináře a další odborné akce.

³ Vypočítáno podle průměrného počtu klientů na jedno zařízení $(33\,548 / 236) \times 88$.

Celkem byla získána data od 483 klientů, což odpovídá 3,87 % počtu klientů v členských zařízeních. Dohromady bylo otestováno 261 chlapců (54,04 %) a 222 dívek (45,96 %). Do výzkumu se zapojilo 39 NZDM, což odpovídá 44,32 % členských zařízení. Počet respondentů byl obdobný jako u výzkumu „Nízkoprahy pod lupou“ (2010; 40 NZDM, 560 klientů) a u výzkumu Zemanové a Dolejše (2015; 41 NZDM, 499 klientů).

Tabulka 6.1: Srovnání četnosti a procentuálního podílu počtu členských NZDM v krajích ČR u základního a výběrového výzkumného souboru

Kraj	Základní soubor		Výběrový soubor	
	Četnost	Podíl v %	Četnost	Podíl v %
Hlavní město Praha	14	15,91	2	5,13
Jihočeský	5	5,68	3	7,69
Jihomoravský	5	5,68	2	5,13
Karlovarský	1	1,14	1	2,56
Královéhradecký	9	10,23	5	12,82
Liberecký	7	7,95	1	2,56
Moravskoslezský	11	12,50	6	15,39
Olomoucký	3	3,41	3	7,69
Pardubický	3	3,41	3	7,69
Plzeňský	6	6,82	3	7,69
Středočeský	6	6,82	2	5,13
Ústecký	7	7,95	2	5,13
Vysočina	7	7,95	2	5,13
Zlínský	4	4,55	4	10,26
Celkem	88	100,00	39	100,00

Tabulka 6.2: Srovnání četnosti a procentuálního podílu počtu klientů členských NZDM v krajích ČR u základního a výběrového výzkumného souboru

Kraj	Základní soubor		Výběrový soubor	
	Četnost	Podíl v %	Četnost	Podíl v %
Hlavní město Praha	1 988	15,90	22	4,55
Jihočeský	710	5,68	35	7,26
Jihomoravský	710	5,68	29	6,01
Karlovarský	142	1,13	14	2,90
Královéhradecký	1 278	10,24	63	13,04
Liberecký	994	7,95	11	2,28
Moravskoslezský	1 562	12,51	79	16,37
Olomoucký	426	3,41	40	8,28
Pardubický	426	3,41	29	6,01
Plzeňský	852	6,82	33	6,85
Středočeský	852	6,82	24	4,97
Ústecký	994	7,95	25	5,12
Vysočina	994	7,95	27	5,59
Zlínský	568	4,55	52	10,77
Celkem	12 496	100,00	483	100,00

Tabulka 6.3: Charakteristika výběrového souboru dle pohlaví před vyčištěním dat

Pohlaví	Četnost (N)	Podíl v %	Průměr (M)	Minimum	Maximum	Sm. odch. (SD)
Chlapci	261	54,04	14,73	9	22	2,78
Dívky	222	45,96	13,90	8	25	2,48
Celkem	483	100,00	14,40	8	25	2,68

Průměrný věk všech respondentů činil 14,35 let (SD ± 2,68). Do konečného počtu respondentů byli zařazeni respondenti ve věku adolescence dle vymezení Macka (10–20 let), kterých bylo 461. Z tohoto počtu byli dále vyřazeni respondenti, u nichž nebylo možné testovou baterii vyhodnotit – v celkovém počtu 10 dospívajících.

Tabulka 6.4: Konečné složení výzkumného souboru z hlediska věku a pohlaví

Věkové kohorty	Pohlaví	Četnost	Podíl v %
10 let	chlapci	10	2,22
	dívky	9	2,00
11 let	chlapci	17	3,77
	dívky	12	2,66
12 let	chlapci	31	6,87
	dívky	34	7,54
13 let	chlapci	27	5,99
	dívky	31	6,87
14 let	chlapci	30	6,65
	dívky	38	8,42
15 let	chlapci	46	10,20
	dívky	37	8,20
16 let	chlapci	23	5,10
	dívky	25	5,54
17 let	chlapci	23	5,10
	dívky	9	2,00
18 let	chlapci	18	3,99
	dívky	8	1,77
19 let	chlapci	9	2,00
	dívky	4	0,90
20 let	chlapci	7	1,55
	dívky	3	0,66
Celkem	Chlapci	241	53,44
	Dívky	210	46,56

Konečné složení výzkumného souboru po vyčištění dat tak tvořilo 451 respondentů, z toho 241 chlapců (53,44 %) a 210 dívek (46,56 %). Nejvíce zastoupeni byli chlapci ve věku 15 let (10,4 %), což odpovídá zjištění, že průměrný klient NZDM je chlapec ve věku 15 let (Dohányosová & Krajhanzl, 2011).

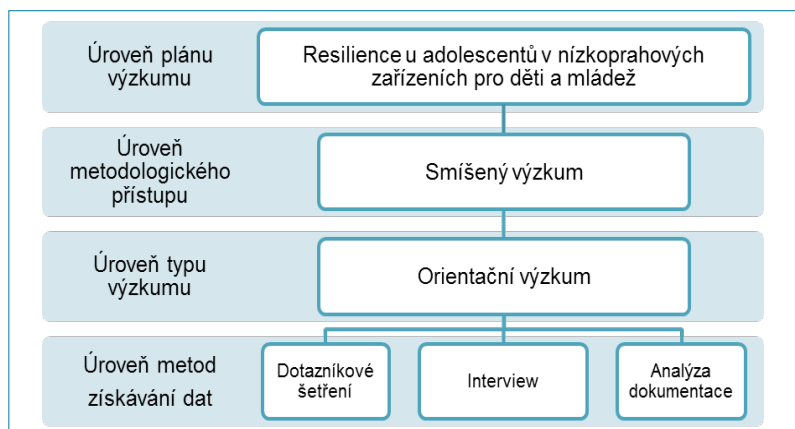
7 APLIKOVANÉ VÝZKUMNÉ METODY

7.1 Zvolený typ výzkumu

Ústředním záměrem výzkumu bylo identifikovat a kvantifikovat klíčové osobnostní charakteristiky resilience (*ego-resiliency*) u dospívajících klientů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Nedostatek informací ohledně možností výzkumného uchopení této problematiky u vybrané cílové skupiny tvořil nejvýznamnější bariéru při přípravě ideového plánu. Vzhledem k této skutečnosti jsme se rozhodli pro smíšený výzkum v podobě orientačního výzkumu.

Tabulka 7.1: Specifika výzkumu v prostředí NZDM (Štefková, 2012)

Specifika prostředí nízkoprahových zařízení pro děti a mládež	
•	Klienti službu využívají zcela dobrovolně, často nepravidelně, mohou kdykoli odejít nebo přestat službu využívat.
•	Pracovníci respektují způsob, jakým jim klienti sdělují informace, a množství, ve kterém tak činí.
•	Klienti jsou v zařízeních vedeni anonymně, často neinformují vlastní rodiče o tom, že je navštěvují.
•	Mezi klienty panuje nedůvěra vůči institucím, otevřenost vzájemné komunikace je tak především otázkou vztahu mezi pracovníkem a klientem, jehož vytváření je dlouhodobým procesem.



Obrázek 7.1: Metodologický rámec výzkumu

Kvantitativní metodologii jsme zvolili především vzhledem k absenci kvantitativně orientovaných výzkumů u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. Štefková (2012) přitom upozornila na skutečnost, že tito jedinci projevují mnohem větší ochotu vyplňovat dotazníky než poskytovat rozhovory na témata, která si sami nepřinesli. Velkou předností kvantitativní metodologie pro nás byla možnost relativně rychlého a přímočarého sběru dat u velkého výzkumného vzorku a jejich následná relativně rychlá analýza (Hendl, 1997).

V rámci kvantitativní metodologie jsme využili psychologický test osobnosti v podobě Škál resilience pro děti a adolescenty (Prince-Embury, 2007). Uvědomovali jsme si přitom, že resilience je proces a sociální jev, jehož možnost měření je značně omezená. Z tohoto důvodu jsme se zaměřili pouze na měření individuálních charakteristik resilience jedince (*ego-resiliency*).

Kvalitativní metodologie byla zvolena především pro podbarvení výsledků statistické analýzy na případové úrovni (Miovský, 2006). Základním předpokladem výzkumného úspěchu byla přitom osobní angažovanost účastníků výzkumu. Tu se nám podařilo navázat prostřednictvím členství řešitelky výzkumu v revizní komisi České asociace streetwork a prostřednictvím její angažovanosti v oboru nízkoprahových sociálních služeb. Potvrdil se tak podstatný význam toho, jak jedinec komunikuje, jak se chová, v jakém čase a na jakém místě realizuje svůj výzkum. Při veškeré naší výzkumné činnosti jsme kladli důraz na její etický rozměr (Miovský, 2006).

V rámci kvalitativní metodologie jsme využili konkrétně strategii případové studie, která nám umožnila zdůraznit komplexnost celého případu a jeho souvislostí. Případová studie se ukázala jako vhodné východisko pro hledání, popis a vysvětlování vlivných faktorů a souvislostí v kontextu daného případu. Rovněž nám umožnila provést zpětnou kontrolu výsledků dosažených prostřednictvím kvantitativní metodologie (Miovský, 2006).

Využili jsme jednopřípadovou studii v podobě klinické kazuistiky pro hledání odpovědi na výzkumnou otázku: *Jak lze na základě administrace dotazníku RSCA posilovat resilienci u adolescentů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež?* Účel kazuistiky tak nebyl pouze výzkumný, ale rovněž edukativní (Baštecká, 2003). Analýza jednotlivého případu, kterým byl konkrétní klient nízkoprahového zařízení pro děti a mládež, nám umožnila popsat a vysvětlit jednotlivé jevy v jejich komplexnosti a poukázat na jednotlivé vztahy a celkové souvislosti (Mayring, 1990). Kazuistiku práce s klientem jsme získali na základě dotazníkového šetření, analýzy dokumentace a interview s pracovníky. Výběr konkrétního klienta byl podmíněn získáním ústního informovaného souhlasu se zpracováním kazuistiky.

7.2 Metody získávání dat

Šolcová (2009) uvádí, že na resilienci se často usuzuje na základě dosažení nějakého kritéria, kterým je nejčastěji školní výkon, na základě posouzení dítěte druhými, tedy především pečujícími osobami, učiteli nebo spolužáky, a na základě dotazníků zaměřených na měření resilience. Vzhledem k velmi omezené možnosti zapojit do hodnocení jedince další osoby či posuzovat dosažení určitého kritéria jsme pro náš výzkum nakonec zvolili dotazník. Jako omezení jsme v tomto případě nevnímali jeho jednostranné zaměření na oblast osobnostních dispozic daného jedince (*ego-resiliency*), a to především vzhledem ke skutečnosti, že jednotlivá nízkoprahová zařízení pro děti a mládež často pracují především se zdroji jedince.

Největší nevýhodou volby standardizovaného dotazníku byla skutečnost, že v českém prostředí nebyl v době realizace výzkumu žádný standardizovaný dotazník zaměřený na resilienci dostupný. Pro náš výzkum jsme se rozhodli využít dotazník Škály resilience pro děti a adolescenty (*Resiliency Scales for Children and Adolescents*) autorky Sandry Prince-Embury (2007). Tuto dotazníkovou metodu jsme zvolili vzhledem k velmi propracované metodologii provázané s následnými návrhy intervencí, vzhledem k její relativní novosti a vzhledem k možnosti použití i pro věkovou skupinu časné a střední adolescence, v níž se nachází většina klientů NZDM. Respondentů ve věku 10–16 let bylo v našem výběrovém souboru celkem 370, tedy 82,04 % z celkového počtu respondentů.

Škály resilience pro děti a adolescenty se odkazují na současné výzkumy a teorie, které naznačují, že je možné objektivně měřit jednotlivé kvality ego-resilience (*resiliency*), ačkoli ji tvaruje více faktorů (Prince-Embury, 2013). Konstrukce dotazníku vychází z premisy, že resilience je součástí normálního vývoje (Masten, 2001), a z pozitivní psychologie, která klade důraz na budování kompetencí jedince, nikoli na opravování jeho slabostí (Seligman, 1995, 1998, 2000). Škály vznikly operacionalizací jednotlivých osobnostních kvalit. Původně byly vytvořeny pro adolescenty (Prince-Embury, 2006), následně byly rozšířeny pro skupinu dětí, podmínkou administrace je schopnost číst na úrovni třetí třídy. Jednotlivá tvrzení v dotazníku posuzují samotné děti a adolescenti. Při konstrukci tak byl zohledněn poznatek, že je důležitější zjistit, jak daný problém vnímá sám jedinec, než to, jak o něm vypovídají jeho blízcí (Berg-Nielsen, Vika & Dahl, 2003).

1. Škálu zvládnání (*Sense of Mastery*, zkráceně MAS) tvoří 20 položek, které jsou hodnoceny na 5bodové Likertově škále (0 – nikdy, 4 – téměř vždy). Je dále členěna na tři subškály:
 - Subškála optimismus (*optimism*) obsahuje 7 položek a měří pozitivní přístup k životu v podobě pozitivního atribučního stylu, pozitivního sebehodnocení a vnímání kontroly. Obsahuje například tyto výpovědi: *Život je spravedlivý. Mám kontrolu nad tím, co se mi děje. Můj život bude šťastný.*
 - Subškála vnímaná vlastní účinnost (*self-efficacy*) obsahuje 10 položek a měří přístup jedince k překonávání překážek a jeho přesvědčení o tom, že ovládá a zvládá svůj život. Obsahuje například tyto výpovědi: *Jsem dobrý/á v řešení problémů. Umím překonat překážky. Když nejsem úspěšný/á hned napoprvé, nevzdávám to.*
 - Subškála přizpůsobivost (*adaptability*) obsahuje 3 položky a měří schopnost přijmout zpětnou vazbu, poučit se z vlastních chyb a požádat druhé o pomoc. Obsahuje tyto výpovědi: *Umím se poučit ze svých chyb. Umím si říci o pomoc, když ji potřebuji. Umím si nechat pomoci od ostatních.*
2. Škálu uspokojivých vztahů (*Sense of Relatedness*, zkráceně REL) tvoří 24 položek, které jsou hodnoceny na 5 bodové Likertově škále (0 – nikdy, 4 – téměř vždy). Je dále členěna na čtyři subškály:
 - Subškála důvěra (*trust*) obsahuje 7 položek a měří schopnost přijímat to, co je člověku dáváno, a důvěryhodnost druhých. Tato subškála úzce souvisí s vazbou (*attachment*). Obsahuje například tyto výpovědi: *Lidé se ke mně chovají pěkně. Můžu důvěřovat ostatním. Lidé vědí, jaký/á doopravdy jsem.*
 - Subškála opory (*support*) obsahuje 6 položek a měří vnímanou dostupnost opory. Obsahuje například tyto výpovědi: *Mám rád/a lidi. Jsou lidé, kteří mi pomůžou, když se mi stane něco špatného. Jsou lidé, kteří mě mají rádi a záleží jim na mně.*
 - Subškála pohodlí (*comfort*) obsahuje 4 položky a měří to, jak jedinec prožívá přítomnost druhých osob. Úzce souvisí s temperamentem jedince a s jeho zkušenostmi. Obsahuje například tyto výpovědi: *Snadno si najdu nové kamarády. Lidé mě mají rádi. Mezi lidmi se cítím dobře.*
 - Subškála snášenlivosti (*tolerance*) obsahuje 7 položek a měří schopnost odlišit se od ostatních při nenarušení vzájemných vztahů. Obsahuje například tyto výpovědi: *Po hádce se umím s kamarády usmířit. Když mě lidé zklamou, umím jim odpustit. Umím klidně říci kamarádům, že mi ublížili.*

3. Škálu emoční reaktivity (*Emotional Reactivity*, zkráceně REA) tvoří 20 položek, které jsou hodnoceny na 5 bodové Likertově škále (0 – nikdy, 4 – téměř vždy). Je dále členěna na tři subškály:

- Subškála citlivost (*sensitivity*) obsahuje 6 položek. Je v ní použito slovní spojení „něco mě rozhodí“ (*get upset*) s cílem obsáhnout více možných emocí (vztek, smutek, strach). Měří to, jak snadné je u jedince vyvolat emoční reakci. Obsahuje například tyto výpovědi: *Snadno mě něco rozhodí. Velmi mě rozhodí, když není po mém. Velmi mě rozhodí, když mě druzí nemají rádi.*
- Subškála zotavení (*recovery*) obsahuje 4 položky. Měří to, jak rychle a jak dobře se jedinec navrátí do původního stavu po emoční reakci. Obsahuje například tyto výpovědi: *Když mě něco rozhodí, přejde mě to asi za hodinu. Když mě něco rozhodí, přejde mě to za pár hodin. Když mě něco rozhodí, přejde mě to za den.*
- Subškála poškození (*impairment*) obsahuje 10 položek. Měří to, co se stane poté, co u jedince vznikne emoční reakce. Obsahuje například tyto výpovědi: *Bývám tak rozhozený, že se přestanu kontrolovat. Když mě něco rozhodí, špatně se mi přemýšlí. Když mě něco rozhodí, dělám nesprávné věci.*

Dotazník byl standardizován pro americkou populaci na vzorku 226 dětí ve věkovém rozmezí 9–11 let, 224 dětí ve věku 12–14 let a 200 adolescentů ve věku 15–18 let. Reliabilita u jednotlivých věkových skupin je zobrazena ve následující tabulce (Prince-Embury, 2007).

Tabulka 7.2: Reliabilita metody u jednotlivých věkových skupin (Prince-Embury, 2007)

Věková skupina	Reliabilita MAS	Reliabilita REL	Reliabilita REA
9–11 let	0,85	0,89	0,90
12–14 let	0,89	0,91	0,91
15–18 let	0,95	0,95	0,94

Český překlad metody nebyl do realizace našeho výzkumného projektu k dispozici. Jejím použití tak předcházela překlad jednotlivých položek. Zapojilo se do něj celkem 6 různých překladatelů, jedna z překladatelek přítomná v současné době dokončuje doktorské studium na americké univerzitě. Finální podoba jednotlivých výpovědí v dotazníku vznikla na základě analýzy všech dostupných překladů. Finální překlad byl následně opětovně

převeden do anglického jazyka, v němž bylo ověřeno, zda si zachoval výpočetní hodnotu.

Pro získání kazuistiky jsme použili polostrukturovaná interview. Nadefinovali jsme si tzv. jádro rozhovoru, určité okruhy otázek, které byly závazné, a na ně jsme dále nabalovali doplňující témata a otázky, které rozšiřovaly původní zadání nebo reagovaly na aktuální situaci. Jádro rozhovoru tvořily tyto okruhy: *Jaká je obtížná životní situace klienta? Jaké silné stránky u klienta vnímáš? Jakým způsobem pracuješ se zdroji klienta?* Výhodou polostrukturovaného interview je možnost udržovat autentický rozhovor s respondentem a zároveň jej strukturovat. V dokumentaci byly hledány zmínky o jednotlivých strategiích zaměřených na posilování resilience.

7.3 Průběh získávání dat, etické zásady a validita

Získávání dat od klientů probíhalo v kontaktní místnosti jednotlivých zařízení, tedy v prostoru určeném pro individuální práci s klientem, ve kterém je zaručeno soukromí. Dotazníky byly vyplňovány individuálně, vždy za přítomnosti pracovníka služeb. Nedochovalo tak k možnému zkreslení skupinovým vyplňováním a zároveň byl vytvořen prostor pro případný následný rozhovor.

Z důvodu naprosté dobrovolnosti účasti na výzkumu byli respondenti vždy plně seznámeni s účelem výzkumu, s podmínkami jeho průběhu a s jejich právy, především s právem kdykoli účast na výzkumu ukončit. Klientům byla zachována možnost zůstat v anonymitě. Aby klienti mohli účast na výzkumu co nejsnadněji odmítnout, nebyla jim nabízena žádná hmotná odměna. Přesto však klienti mohli považovat za zisk například pozornost pracovníka. Jednotliví pracovníci byli k účasti na dotazníkovém šetření motivováni vlastním zájmem získat informace o této problematice a možnost být mezi třemi vylosovanými službami oceněnými za účast ve výzkumu poukazem na nákup vybavení do služby.

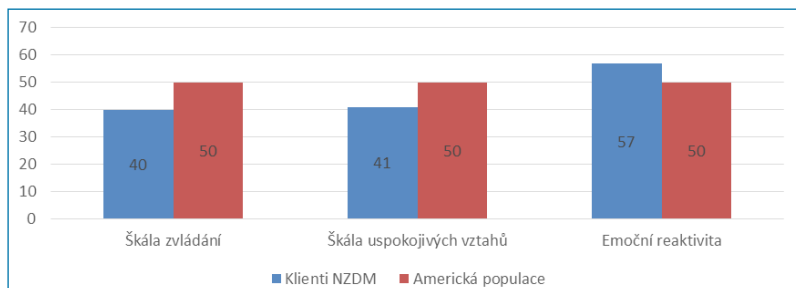
Největší etické dilema představovalo získání informovaného souhlasu od rodičů. Od této možnosti jsme po důsledném zvažování ustoupili, neboť vymáhání souhlasu může být v rozporu s principy služby a u anonymních studií s možností odstoupit od administrace dotazníků neexistuje právní zakotvení, které by tento souhlas požadovalo. Po celou dobu realizace výzkumu jsme dbali na to, aby k získaným datům neměly přístup neoprávněné osoby a aby data byla použita výlučně k účelům, ke kterým byla získána.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

V této kapitole postupně představujeme jednotlivá výzkumná zjištění. Postupujeme přitom po jednotlivých škálách a subškálách. Zkoumáme rozdíly z hlediska pohlaví a věku. Členění do jednotlivých věkových skupin dodržujeme dle manuálu k metodě RSCA, která odkazuje na jednotlivé vývojové úkoly. Při analýze vzájemných vztahů mezi jednotlivými škálami se prokázala statisticky významná souvislost pouze mezi celkovým skórem na škále zvládání a na škále uspokojivých vztahů ($r = 0,64$), a to na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Pro lepší orientaci zobrazujeme zjištěné informace v tabulkách a grafech. Na závěr připojujeme konkrétní příklad využití metody jako podkladu pro práci s klienty.

Při prezentaci výsledků používáme částečně americké normy metody. Umožňuje nám to porovnat jednotlivé škály, které se liší počtem položek, a především pak vizualizovat zjištěné výsledky. Uvědomujeme si přitom, že toto porovnání může být zkreslené odlišnými kulturními normami, a proto jej používáme výlučně pro vizualizaci, která je podmíněna určitou standardizací (T skóry, měřítkové skóry). Nevhodnocujeme tak ani index zdrojů a index zranitelnosti, které americká metoda nabízí a které jsou plně založeny na T skórech.

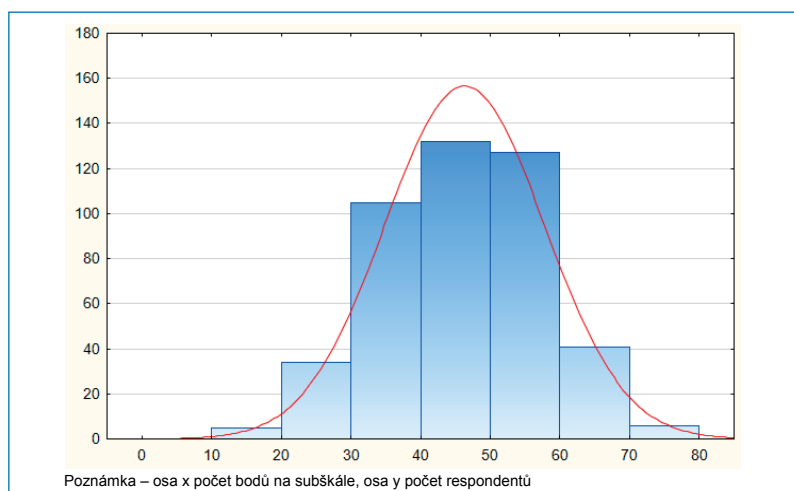
Po převedení na T skóry pro nás bylo nejvýznamnější zjištění, že většina klientů NZDM skórovala v případě škály zvládání a uspokojivých vztahů níže a v případě emoční reaktivity výše než americký populační průměr (rozmezí 45–55 bodů). Zjištěný výsledek odpovídá svým rozložením nespécifické skupině, která byla v americké standardizační skupině v kontaktu s odborníky na psychické zdraví.



Graf 8.1: Porovnání průměrných hodnot T skóre klientů NZDM s americkou normou

8.1 Škála zvládání

Škála zvládání prokázala vysokou položkovou reliabilitu na hladině 0,85. Na škále mohli respondenti dosáhnout hrubých skóre v rozmezí 0 až 80 bodů. Čím více bodů dosáhli, tím lépe dokázali zvládat vývojové úkoly. Respondenti skórovali na škále průměrně 46,33 bodu (SD \pm 11,46), přičemž dívky skórovaly na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ ($p = 0,003$) výrazně níže ($M = 44,61$; SD \pm 10,90) než chlapci ($M = 47,84$; SD \pm 11,73). Dosažené skóre přitom s věkem postupně narůstaly. Méně než 60 bodů na škále dosáhlo celkem 399 respondentů, což představuje 88,67 % z celkového počtu respondentů.

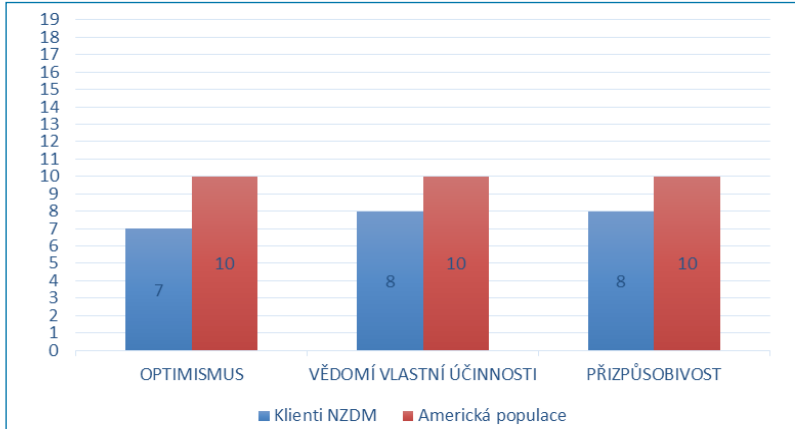


Graf 8.2: Škála zvládání – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.1: Deskriptivní statistika – škála zvládání

Škála zvládání	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	450	46,33	\pm 11,46	chlapci	240	47,84	\pm 11,73
				dívký	210	44,61	\pm 10,90
Adolescenti v NZDM 10–11 let	48	42,06	\pm 11,79	chlapci	27	44,41	\pm 12,41
				dívký	21	39,05	\pm 10,46
Adolescenti v NZDM 12–14 let	190	46,08	\pm 11,55	chlapci	87	47,68	\pm 12,00
				dívký	103	44,74	\pm 11,02
Adolescenti v NZDM 15–20 let	212	47,52	\pm 11,10	chlapci	126	48,68	\pm 11,35
				dívký	86	45,81	\pm 10,56

Po převedení na T skóry jsme zjistili, že z celkového počtu 450 respondentů, u kterých bylo možné dotazník vyhodnotit, skórovalo níže než americký populační průměr (<45 bodů) 278 klientů. Pro 61,64 % respondentů by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na posílení schopností zvládání – na rozvoj optimismu, na posílení vnímané vlastní účinnosti a na podporu přizpůsobivosti.



Graf 8.3: Porovnání průměrných hodnot na škále zvládání klientů NZDM s americkou normou

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem zvládání. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny subškály prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem, v nejužším vztahu přitom byla subškála vnímaná vlastní účinnost ($r = 0,91$). Nejnižší korelaci s celkovým skórem vykázala subškála přizpůsobivosti ($r = 0,64$).

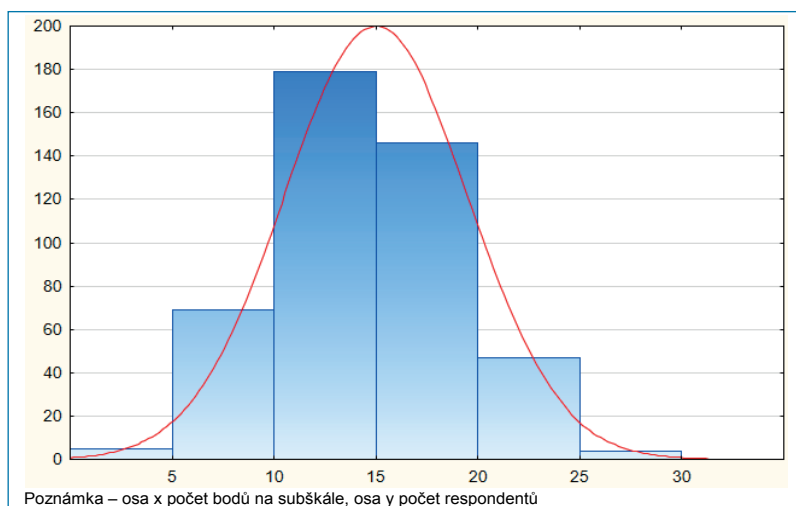
Tabulka 8.2: Korelace mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem škály zvládání

Jednotlivé subškály	Optimismus	Vnímaná vlastní účinnost	Přizpůsobivost
Optimismus			
Vnímaná vlastní účinnost	0,52***		
Přizpůsobivost	0,36***	0,64***	
Celkový skór zvládání	0,79***	0,91***	0,64***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála optimismus

Subškála optimismus, která je tvořena celkem sedmi položkami, prokázala položkovou reliabilitu na hladině 0,67. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 28 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím vyšší míru optimismu vykazovali. Respondenti skórovali průměrně 14,92 bodu ($SD \pm 4,49$), přičemž mezi dívkami ($M = 14,10$; $SD \pm 4,25$) a chlapci ($M = 15,64$; $SD \pm 4,57$) nebyl signifikantní rozdíl. Dosažené skóre přitom s věkem postupně narůstaly. Méně než 21 bodů na subškále dosáhlo celkem 399 respondentů, což představuje 88,67 % respondentů.



Graf 8.4: Optimismus – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.3: Deskriptivní statistika – subškála optimismus

Optimismus	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	450	14,92	$\pm 4,49$	chlapani	240	15,64	$\pm 4,57$
				dívky	210	14,10	$\pm 4,25$
Adolescenti v NZDM 10–11 let	48	14,50	$\pm 4,58$	chlapani	27	15,41	$\pm 4,60$
				dívky	21	13,33	$\pm 4,39$
Adolescenti v NZDM 12–14 let	190	14,73	$\pm 4,63$	chlapani	87	15,46	$\pm 4,94$
				dívky	103	14,12	$\pm 4,27$
Adolescenti v NZDM 15–20 let	212	15,19	$\pm 4,35$	chlapani	126	15,82	$\pm 4,33$
				dívky	86	14,27	$\pm 4,23$

Pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ jsme posuzovali vztah jednotlivých položek subškály s jejím celkovým skórem. Všechny položky prokázaly minimálně středně silnou míru korelace ($r = 0,35$ až $r = 0,58$) s celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem ($r = 0,70$) přitom byla položka č. 18 (*Budou se mi dít dobré věci.*), nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,44$) prokázala položka č. 1 (*Život je spravedlivý.*).

Tabulka 8.4: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále optimismus a celkovým skórem

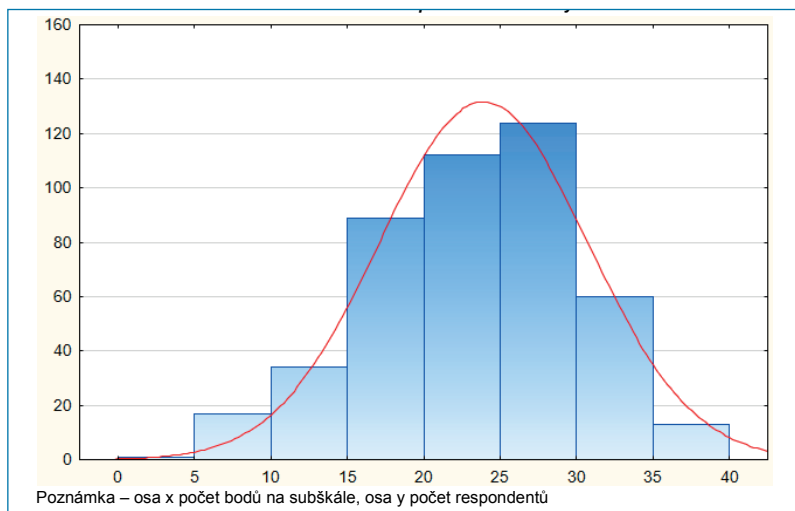
Jednotlivé položky	1.	2.	3.	4.	18.	19.	20.
1. Život je spravedlivý.							
2. Díky mně se dějí dobré věci.	0,04						
3. Umím dostat to, co právě potřebuji.	0,11	0,17***					
4. Mám kontrolu nad tím, co se mi děje.	0,16***	0,18***	0,19***				
18. Budou se mi dít dobré věci.	0,13	0,29***	0,25***	0,24***			
19. Můj život bude šťastný.	0,20***	0,15	0,21***	0,16***	0,48***		
20. Ať se stane cokoliv, vše bude v pořádku.	0,16***	0,15	0,23***	0,15***	0,43***	0,53***	
Celkový skór optimismus	0,44***	0,48***	0,53***	0,52***	0,70***	0,69***	0,68***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála vnímaná vlastní účinnost

Subškálu vnímané vlastní účinnosti tvoří celkem deset položek. Prokázala vysokou položkovou reliabilitu na hladině 0,82. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 40 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím vyšší vnímanou vlastní účinnost vykazovali. Respondenti skórovali průměrně 23,92 bodu ($SD \pm 6,82$), přičemž dívky skórovaly na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ ($p = 0,005$) výrazně níže ($M = 22,06$; $SD \pm 6,68$) než chlapci ($M = 24,75$; $SD \pm 6,84$). Dosažené skóry přitom

s věkem postupně narůstaly. Méně než 30 bodů na subškále dosáhlo celkem 351 respondentů, což představuje 77,83 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.5: Vnímaná vlastní účinnost – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.5: Deskriptivní statistika – subškála vnímaná vlastní účinnost

Vnímaná vlastní účinnost	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	450	23,92	± 6,82	chlapci	240	24,75	± 6,84
				dívky	210	22,06	± 6,68
Adolescenti v NZDM 10–11 let	48	20,65	± 6,65	chlapci	27	21,52	± 7,13
				dívky	21	19,52	± 5,96
Adolescenti v NZDM 12–14 let	190	23,65	± 6,76	chlapci	87	24,55	± 6,81
				dívky	103	22,89	± 6,66
Adolescenti v NZDM 15–20 let	212	24,89	± 6,68	chlapci	126	25,59	± 6,64
				dívky	86	23,87	± 6,66

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými položkami subškály a jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny položky prokázaly minimálně středně silnou míru korelace ($r = 0,35$ až $r = 0,58$) s celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem i s ostatními položkami je přitom položka č. 11 (*Když mám problém, umím ho vyřešit.*), která

dosahuje vysoké míry korelace ($r = 0,68$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,51$) prokázala položka č. 5 (*Dělám věci dobře.*).

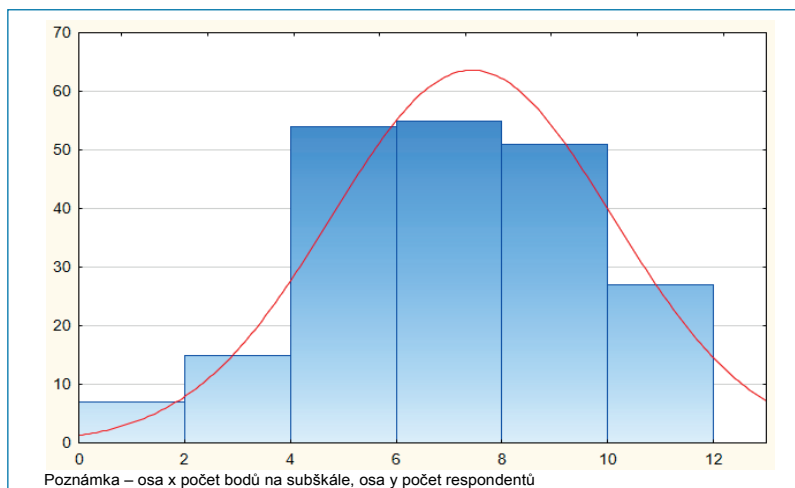
Tabulka 8.6: Korelace mezi položkami na subškále vnímané vlastní účinnosti a celkovým skórem

	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
5.										
6.	0,34***									
7.	0,32***	0,42***								
8.	0,31***	0,38***	0,36***							
9.	0,21***	0,29***	0,28***	0,30***						
10.	0,24***	0,33***	0,27***	0,38***	0,36***					
11.	0,27***	0,35***	0,41***	0,37***	0,36***	0,47***				
12.	0,25***	0,37***	0,31***	0,38***	0,34***	0,32***	0,42***			
13.	0,15	0,25***	0,28***	0,25***	0,24***	0,29***	0,26***	0,34***		
14.	0,19***	0,37***	0,37***	0,31***	0,24***	0,31***	0,30***	0,28***	0,34***	
Celkový skór	0,51***	0,65***	0,65***	0,64***	0,58***	0,63***	0,68***	0,65***	0,57***	0,61***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála přizpůsobivost

Subškálu přizpůsobivost tvoří tři položky a je vyhodnocována pouze u adolescentů starších 15 let. Její položková reliabilita odpovídá hladině 0,69. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 12 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím vyšší míru přizpůsobivosti vykazovali. Respondenti skórovali průměrně 7,43 bodu ($SD \pm 2,66$), přičemž mezi dívkami ($M = 7,66$; $SD \pm 2,72$) a chlapci ($M = 7,28$; $SD \pm 2,62$) nebyl signifikantní rozdíl. Méně než 9 bodů na subškále dosáhlo celkem 107 respondentů, což představuje 66,87 % z celkového počtu respondentů ($N = 160$).



Graf 8.6: Prizpusobivost – četnost respondentů v bodových kohortách

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými položkami subškály a jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny položky prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem přitom byla položka č. 17 (*Umím si nechat pomoci od ostatních.*), která dosahovala vysoké míry korelace ($r = 0,83$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,71$) prokázala položka č. 15 (*Umím se poučit ze svých chyb.*).

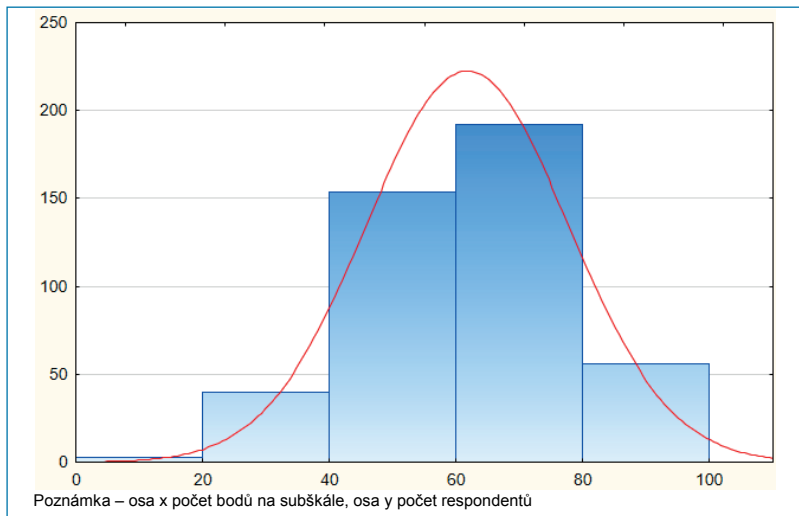
Tabulka 8.7: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále prizpusobivost a celkovým skórem

Jednotlivé položky	15.	16.	17.
15. Umím se poučit ze svých chyb.			
16. Umím si říct o pomoc, když ji potřebuji.	0,35***		
17. Umím si nechat pomoci od ostatních.	0,37***	0,55***	
Celkový skór prizpusobivost	0,72***	0,81***	0,83***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

8.2 Škála uspokojivých vztahů

Škála uspokojivých vztahů prokázala vysokou položkovou reliabilitu na hladině 0,91. Škálu tvoří 24 položek, které se dále dělí na 4 subškály, hrubé skóry se pohybují v rozmezí 0 až 96 bodů. Čím více bodů dospívající dosáhli, tím uspokojivější vztahy měli. Respondenti skórovali na škále průměrně 61,78 bodu (SD \pm 15,96), přičemž mezi dívkami (M = 62,35; SD \pm 15,15) a chlapci (M = 61,29; SD \pm 16,65) nebyl signifikantní rozdíl. Dosažené skóry u chlapců s přibývajícím věkem výrazně klesaly. Méně než 60 bodů na škále dosáhlo celkem 318 respondentů, což představuje 71,46 % z celkového počtu respondentů (N = 445).

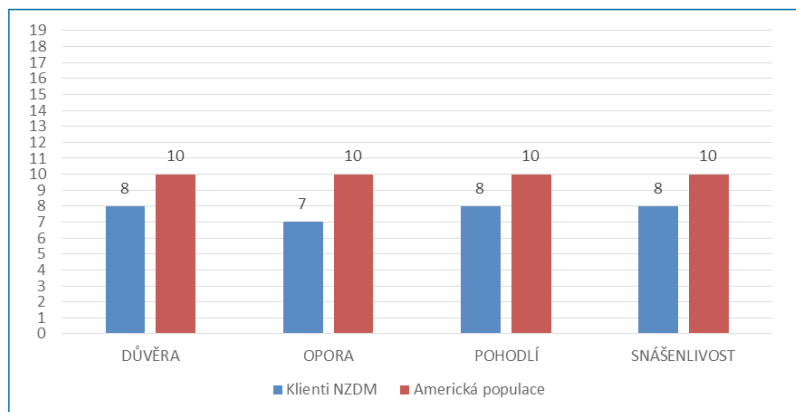


Graf 8.7: Škála uspokojivých vztahů – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.8: Deskriptivní statistika – škála uspokojivých vztahů

Škála uspokojivých vztahů	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	445	61,78	± 15,96	chlapci	237	61,29	± 16,65
				dívky	208	62,35	± 15,15
Adolescenti v NZDM 10–11 let	47	62,38	± 15,67	chlapci	27	64,41	± 16,89
				dívky	20	59,65	± 13,80
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	62,85	± 17,28	chlapci	86	62,80	± 18,59
				dívky	103	62,89	± 16,20
Adolescenti v NZDM 15–20 let	209	60,67	± 14,73	chlapci	124	59,55	± 15,04
				dívky	85	62,31	± 14,20

Po převězení na T skóry jsme zjistili, že z celkového počtu 445 respondentů, u kterých bylo možné dotazník vyhodnotit, skórovalo níže než americký populační průměr (<45 bodů) 254 klientů. Pro 57,08 % respondentů by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na zlepšení vztahů.



Graf 8.8: Porovnání průměrných hodnot na škále uspokojivých vztahů klientů NZDM s americkou normou

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem uspokojivých vztahů. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny subškály prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem, v nejužším vztahu je přitom subškála důvěra ($r = 0,88$).

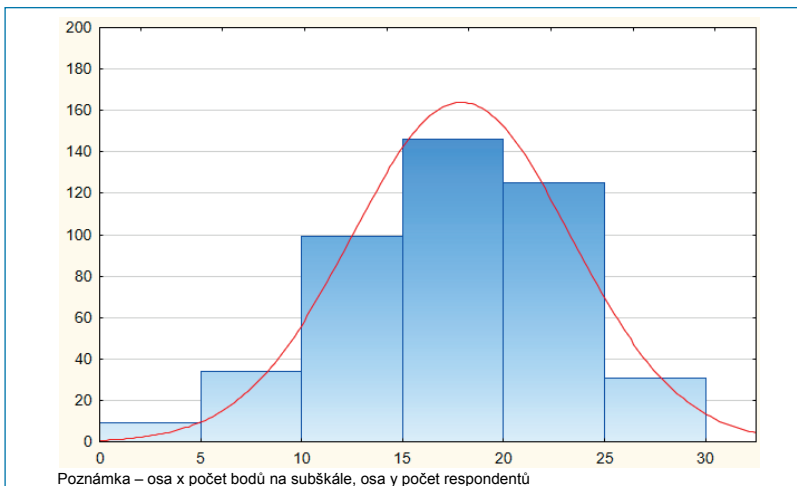
Tabulka 8.9: Korelace mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem škály uspokojivých vztahů

Jednotlivé subškály	Důvěra	Opora	Pohodlí	Snášelnivost
Důvěra				
Opora	0,68***			
Pohodlí	0,62***	0,55***		
Snášelnivost	0,65***	0,68***	0,55***	
Celkový skór uspokojivých vztahů	0,88***	0,87***	0,76***	0,86***

Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001

Subškála důvěra

Subškálu důvěra tvoří 7 položek. Prokázala položkovou reliabilitu na hladině 0,80. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 28 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím vyšší míru důvěry vykazovali. Respondenti skórovali průměrně 17,91 bodu ($SD \pm 5,41$), přičemž mezi dívkami ($M = 18,15$; $SD \pm 5,04$) a chlapci ($M = 17,70$; $SD \pm 5,72$) nebyl signifikantní rozdíl. Dosažené skóre u chlapců s přibývajícím věkem výrazně klesaly. Méně než 21 bodů na subškále dosáhlo celkem 289 respondentů, což představovalo 64,94 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.9: Důvěra – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.10: Deskriptivní statistika – subškála důvěra

Důvěra	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	445	17,91	± 5,41	chlapci	237	17,70	± 5,72
				dívky	208	18,15	± 5,04
Adolescenti v NZDM 10–11 let	47	18,11	± 5,79	chlapci	27	18,70	± 6,27
				dívky	20	17,30	± 5,13
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	18,30	± 5,77	chlapci	86	18,30	± 6,31
				dívky	103	18,30	± 5,30
Adolescenti v NZDM 15–20 let	209	17,51	± 4,97	chlapci	124	17,06	± 5,09
				dívky	85	18,16	± 4,73

Pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ jsme posuzovali vztah jednotlivých položek subškály s jejím celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem ($r = 0,73$) byla položka č. 28 (*Lidé se ke mně chovají pěkně.*), nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,61$) prokázala položka č. 27 (*Trávím čas s kamarády.*).

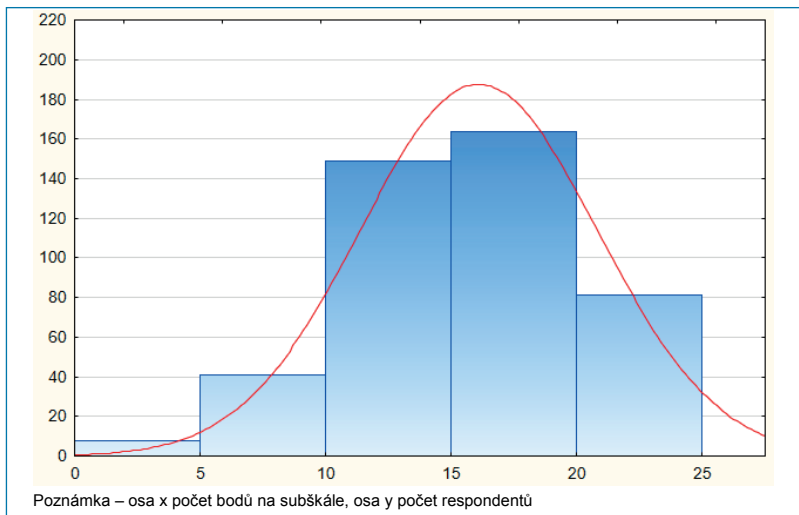
Tabulka 8.11: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále důvěra a celkovým skórem

Jednotlivé položky	26.	27.	28.	29.	30.	43.	44.
26. Mám rád/a lidi.							
27. Trávím čas s kamarády.	0,38***						
28. Lidé se ke mně chovají pěkně.	0,42***	0,17***					
29. Můžu důvěřovat ostatním.	0,30***	0,18***	0,19***				
30. Můžu dát ostatním najevo, jak se cítím.	0,30***	0,29***	0,25***	0,24***			
43. Lidé vědí, jaký/á doopravdy jsem.	0,36***	0,15	0,21***	0,16***	0,48***		
44. Lidé mě přijímají takového/takovou, jaký/á doopravdy jsem.	0,34***	0,15	0,23***	0,15***	0,43***	0,53***	
Celkový skór důvěra	0,64***	0,61***	0,73***	0,66***	0,70***	0,70***	0,68***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála opora

Subškálu opora tvoří 6 položek, její položková reliabilita odpovídá hladině 0,70. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 24 bodů. Čím více bodů na škále respondenti dosáhli, tím dostupnější oporu vnímali. Respondenti skórovali průměrně 16,09 bodu ($SD \pm 4,73$), přičemž mezi dívkami ($M = 16,55$; $SD \pm 4,35$) a chlapci ($M = 15,69$; $SD \pm 5,02$) nebyl signifikantní rozdíl. S přibývajícím věkem dosažené skóre klesaly. Méně než 18 bodů na subškále skórovalo celkem 255 respondentů, tedy 57,30% z celkového počtu respondentů.



Graf 8.10: Opora – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.12: Deskriptivní statistika – subškála opora

Opora	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	445	16,09	± 4,73	chlapci	237	15,69	± 5,02
				dívky	208	16,55	± 4,35
Adolescenti v NZDM 10–11 let	47	16,57	± 4,22	chlapci	27	16,18	± 4,65
				dívky	20	17,10	± 3,61
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	16,45	± 5,02	chlapci	86	16,17	± 5,33
				dívky	103	16,69	± 4,76
Adolescenti v NZDM 15–20 let	209	15,65	± 4,55	chlapci	124	15,24	± 4,88
				dívky	85	16,25	± 3,99

Zjišťovali jsme rovněž vztah jednotlivých položek subškály s jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. V nejužším vztahu s celkovým skórem byla položka č. 38 (*Když se mi stane něco špatného, umím si říct kamarádům o pomoc.*), která dosáhla vysoké míry korelace ($r = 0,72$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,61$) prokázala položka č. 25 (*Mám dobrého kamaráda nebo dobrou kamarádku.*).

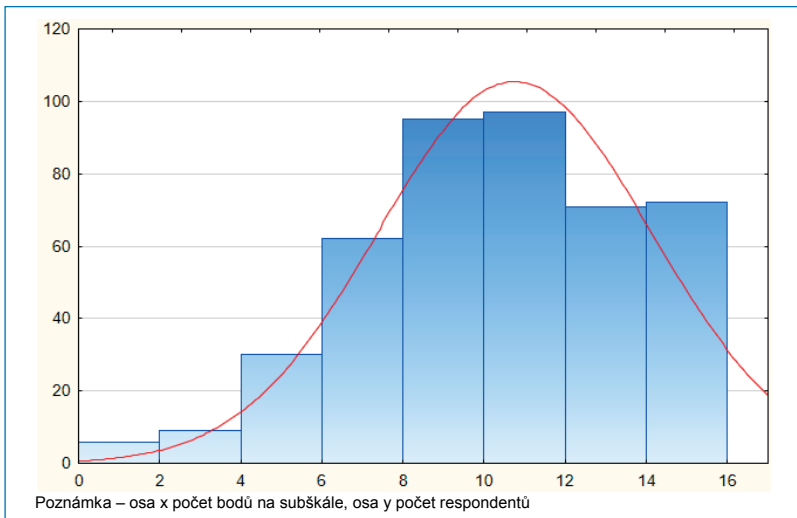
Tabulka 8.13: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále opora a celkovým skórem

Jednotlivé položky	25.	38.	39.	40.	41.	42.
25. Mám dobrého kamaráda nebo dobrou kamarádku.						
38. Když se mi stane něco špatného, umím si říct kamarádům o pomoc.	0,31***					
39. Když se mi stane něco špatného, umím si říct rodičům o pomoc.	0,22***	0,17***				
40. Jsou lidé, kteří mi pomůžou, když se mi stane něco špatného.	0,32***	0,18***	0,19***			
41. Když jsem zklamaný nebo naštvaný, můžu si s někým promluvit.	0,31***	0,29***	0,25***	0,24***		
42. Jsou lidé, kteří mě mají rádi a záleží jim na mně.	0,41***	0,15	0,21***	0,16***	0,48***	
Celkový skór opora	0,61***	0,72***	0,62***	0,69***	0,68***	0,67***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála pohodlí

Subškálu pohodlí tvoří čtyři položky. Její položková reliabilita odpovídá hladině 0,75. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 16 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím lépe se cítili ve společnosti druhých lidí. Respondenti skórovali průměrně 10,75 bodu ($SD \pm 3,37$), přičemž mezi dívkami ($M = 10,92$; $SD \pm 3,27$) a chlapci ($M = 10,60$; $SD \pm 3,45$) nebyl signifikantní rozdíl. Zatímco dívky s přibývajícím věkem získávaly na škále více bodů, chlapci s přibývajícím věkem skórovali níže. Méně než 12 bodů na subškále dosáhlo celkem 249 respondentů, což představuje 55,95 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.11: Pohodlí – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.14: Deskriptivní statistika – subškála pohodlí

Pohodlí	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	445	10,75	± 3,37	chlapci	237	10,60	± 3,45
				dívky	208	10,92	± 3,27
Adolescenti v NZDM 10–11 let	47	10,79	± 3,54	chlapci	27	10,89	± 3,43
				dívky	20	10,65	± 3,77
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	10,70	± 3,50	chlapci	86	10,60	± 3,76
				dívky	103	10,78	± 3,27
Adolescenti v NZDM 15–20 let	209	10,79	± 3,22	chlapci	124	10,54	± 3,25
				dívky	85	11,15	± 3,16

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými položkami subškály a jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny položky prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem přitom byla položka č. 22 (*Snadno si najdu nové kamarády.*), která dosáhla vysoké míry korelace ($r = 0,81$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,71$) prokázala položka č. 23 (*Lidé mě mají rádi.*).

Tabulka 8.15: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále pohodlí a celkovým skórem

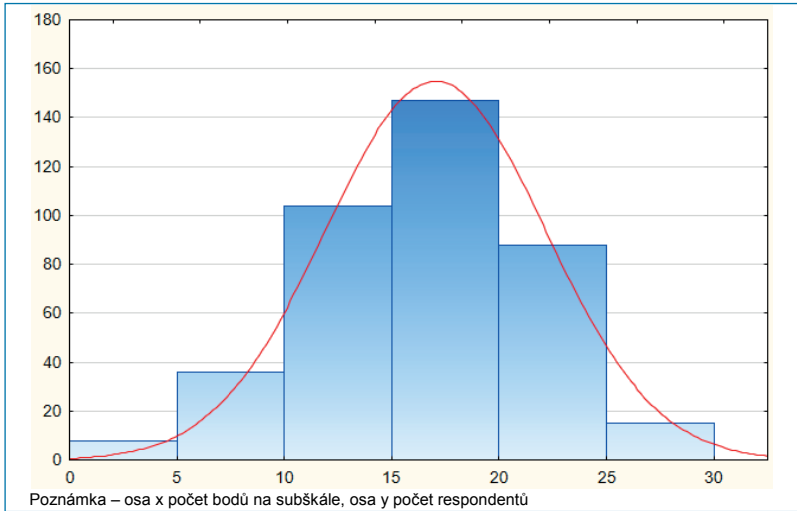
Jednotlivé položky	21.	22.	23.	24.
21. Snadno se seznamuji s novými lidmi.				
22. Snadno si najdu nové kamarády.	0,62***			
23. Lidé mě mají rádi.	0,35***	0,41***		
24. Mezi lidmi se cítím dobře.	0,35***	0,42***	0,35***	
Celkový skór pohodlí	0,78***	0,81***	0,71***	0,71***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála snášenlivost

Subškálu snášenlivost tvoří sedm položek a je vyhodnocována pouze u adolescentů starších 12 let. Její položková reliabilita odpovídá hladině 0,74. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre

v rozmezí 0 až 28 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím vyšší míru schopnosti odlišit se od ostatních při nenarušení vzájemných vztahů prokázali. Respondenti skórovali průměrně 17,04 bodu (SD \pm 5,13), přičemž mezi dívkami (M = 16,95; SD \pm 5,19) a chlapci (M = 17,12; SD \pm 5,08) nebyl signifikantní rozdíl. Méně než 21 bodů na subškále dosáhlo celkem 295 respondentů, což představuje 74,12 % z celkového počtu respondentů (N = 398).



Graf 8.12: Snášenlivost – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.16: Deskriptivní statistika – subškála snášenlivost

Snášenlivost	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	398	17,04	\pm 5,13	chlapci	210	17,12	\pm 5,08
				dívky	188	16,95	\pm 5,19
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	17,40	\pm 5,44	chlapci	86	17,72	\pm 5,61
				dívky	103	17,13	\pm 5,30
Adolescenti v NZDM 15–20 let	209	16,72	\pm 4,82	chlapci	124	16,71	\pm 4,66
				dívky	85	16,74	\pm 5,07

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými položkami subškály a jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny položky prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem. V nejužším vztahu

s celkovým skórem přitom byla položka č. 34 (*Když mě lidé zklamou, umím jim odpustit.*), která dosahovala vysoké míry korelace ($r = 0,69$). Nejvyšší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,53$) prokázala položka č. 31 (*Umím klidně říci ostatním, že s nimi nesouhlasím.*).

Tabulka 8.17: Korelace mezi jednotlivými položkami na subskále snášenlivost a celkovým skórem

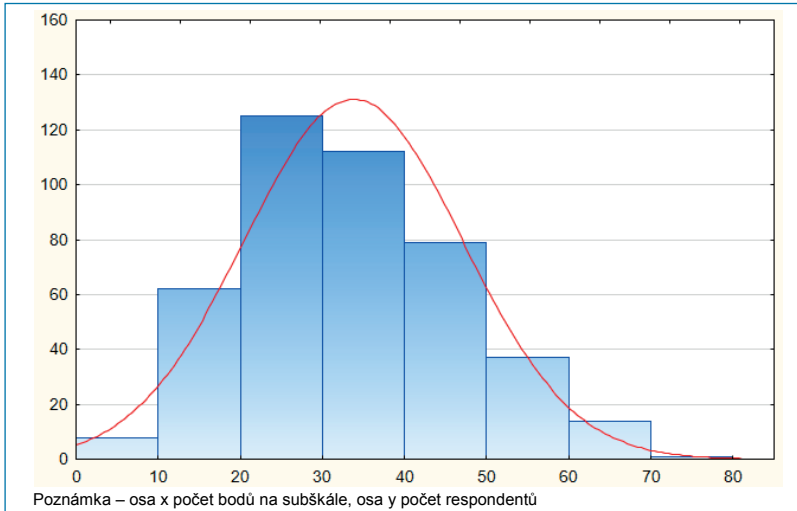
Jednotlivé položky	31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.
31. Umím klidně říci ostatním, že s nimi nesouhlasím.							
32. Po hádce se umím s kamarády usmířit.	0,32***						
33. Když mě rodiče zklamou, umím jim odpustit.	0,13	0,29***					
34. Když mě lidé zklamou, umím jim odpustit.	0,12	0,38***	0,51***				
35. Můžu se spolehnout, že se ke mně lidé budou chovat spravedlivě.	0,18***	0,18***	0,26***	0,40***			
36. Můžu se spolehnout, že mí blízcí dělají správné věci.	0,25***	0,27***	0,25***	0,38***	0,39***		
37. Umím klidně říci kamarádům, že mi ublížili.	0,35***	0,31***	0,27***	0,25***	0,26***	0,38***	
Celkový skór snášenlivost	0,53***	0,62***	0,63***	0,69***	0,60***	0,66***	0,66***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

8.3 Emoční reaktivita

Škála emoční reaktivity prokázala vysokou položkovou reliabilitu na hladině 0,86. Škálu tvoří 20 položek, které se dále dělí na 3 subskály. Respondenti na ní mohli dosáhnout hrubých skóre v rozmezí 0 až 80 bodů. Čím více bodů dosáhli, tím méně dokázali ovládat své emoce a pracovat s nimi. Respondenti skórovali na škále průměrně 33,79 bodu ($SD \pm 13,32$), přičemž mezi dívkami ($M = 33,75$; $SD \pm 13,31$) a chlapci ($M = 33,82$; $SD \pm 13,36$) nebyl signifikantní rozdíl. Dosažené skóre přitom u chlapců s přibývajícím věkem výrazně

klesaly. Více než 60 bodů na škále dosáhlo 15 respondentů, což představuje 3,42 % z celkového počtu respondentů (N = 438).

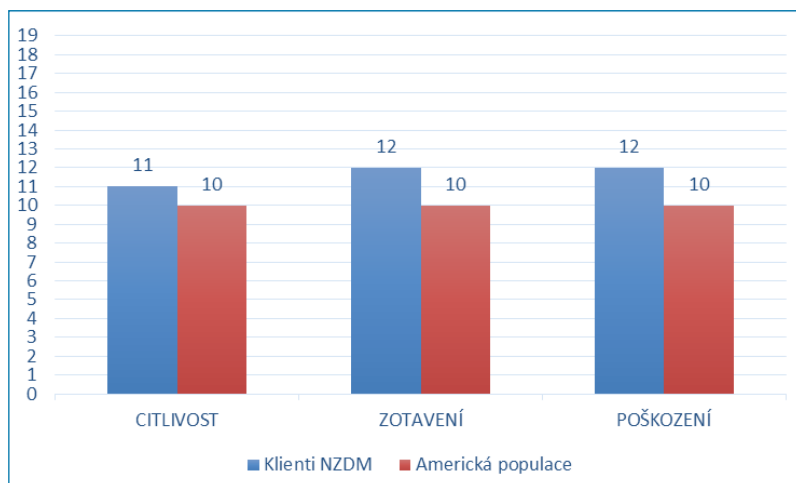


Graf 8.13: Škála emoční reaktivity – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.18: Deskriptivní statistika – škála emoční reaktivity

Škála emoční reaktivity	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	438	33,79	± 13,32	chlapci	234	33,82	± 13,36
				dívky	204	33,75	± 13,31
Adolescenti v NZDM 10–11 let	45	35,20	± 13,90	chlapci	25	35,72	± 13,30
				dívky	20	34,55	± 14,94
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	33,97	± 13,10	chlapci	88	34,66	± 13,54
				dívky	101	33,38	± 12,75
Adolescenti v NZDM 15–20 let	204	33,30	± 13,44	chlapci	121	32,81	± 13,27
				dívky	83	34,02	± 13,73

Po převedení na T skóry jsme zjistili, že z celkového počtu 438 respondentů, u kterých bylo možné dotazník vyhodnotit, skórovalo výše než americký populační průměr (>55 bodů) 224 klientů. Pro 51,14 % respondentů by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na schopnost regulovat své emoce.



Graf 8.14: Porovnání průměrných hodnot na škále emoční reaktivity klientů NZDM s americkou normou

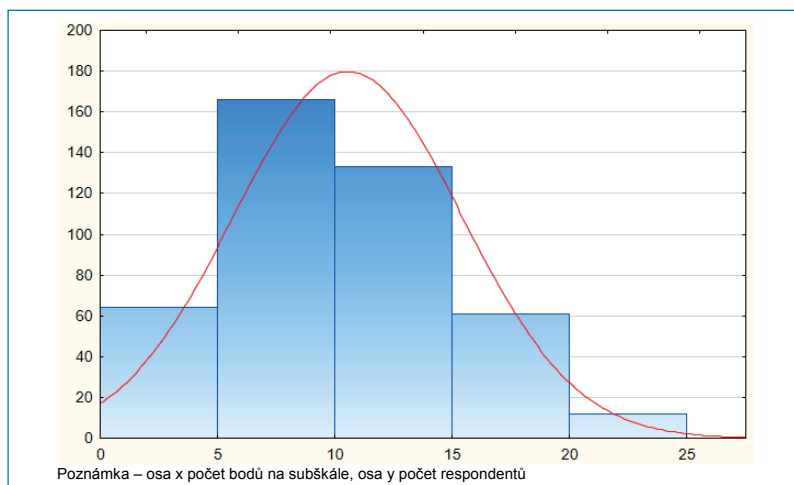
Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem emoční reaktivity. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny subškály prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem, v nejužším vztahu přitom byla subškála poškození ($r = 0,91$).

Tabulka 8.19: Korelace mezi jednotlivými subškálami a celkovým skórem škály emoční reaktivity

Jednotlivé subškály	Citlivost	Zotavení	Poškození
Citlivost			
Zotavení	0,31***		
Poškození	0,59***	0,37***	
Celkový skór emoční reaktivity	0,80***	0,60***	0,91***

Subškála citlivost

Subškála citlivost je tvořena šesti položkami. Prokázala položkovou reliabilitu na hladině 0,72. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 24 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím snáze u nich vznikala emoční reakce. Respondenti skórovali průměrně 10,55 bodu (SD \pm 4,86), přičemž mezi dívkami (M = 10,42; SD \pm 5,02) a chlapci (M = 10,67; SD \pm 4,73) nebyl signifikantní rozdíl. Dosažené skóre u chlapců na rozdíl od dívek s přibývajícím věkem klesaly. Více než 18 bodů na subškále dosáhlo celkem 12 respondentů, což představuje 2,74 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.15: Citlivost – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.20: Deskriptivní statistika – subškála citlivost

Citlivost	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	438	10,55	\pm 4,86	chlapci	234	10,67	\pm 4,73
				dívky	204	10,42	\pm 5,02
Adolescenti v NZDM 10–11 let	45	11,02	\pm 5,14	chlapci	25	11,44	\pm 4,65
				dívky	20	10,50	\pm 5,77
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	10,60	\pm 4,90	chlapci	88	10,99	\pm 4,70
				dívky	101	10,26	\pm 5,06
Adolescenti v NZDM 15–20 let	204	10,41	\pm 4,78	chlapci	121	10,27	\pm 4,76
				dívky	83	10,60	\pm 4,83

Pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ jsme posuzovali vztah jednotlivých položek subškály s jejím celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem ($r = 0,70$) přitom byla položka č. 48 (*Velmi mě rozhodí, když není po mém.*), nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,57$) prokázala položka č. 47 (*Když mě někdo rozhodí, vrátím mu to.*).

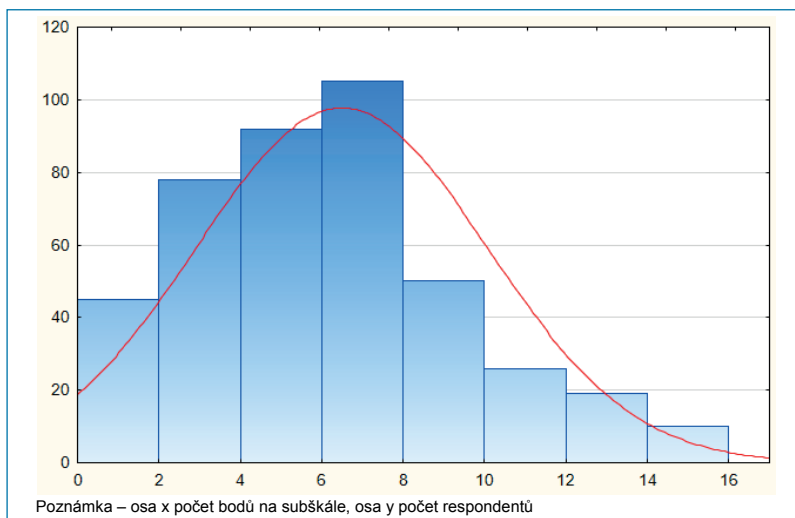
Tabulka 8.21: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále citlivost a celkovým skórem

Jednotlivé položky	45.	46.	47.	48.	49.	50.
45. Snadno mě něco rozhodí.						
46. Lidé říkají, že je snadné mě rozhodit.	0,54***					
47. Když mě někdo rozhodí, vrátím mu to.	0,27***	0,25***				
48. Velmi mě rozhodí, když není po mém.	0,32***	0,34***	0,35***			
49. Velmi mě rozhodí, když mě druzí nemají rádi.	0,25***	0,26***	0,13	0,38***		
50. Můžu být tak rozhozený/á, že se nemůžu vystát.	0,29***	0,32***	0,14	0,36***	0,38***	
Celkový skór citlivost	0,67***	0,69***	0,57***	0,70***	0,62***	0,64***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála zotavení

Subškálu zotavení tvoří čtyři položky. Její položková reliabilita odpovídá hladině 0,65. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 16 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím déle jim trvalo vrátit se po emoční reakci do původního stavu. Respondenti skórovali průměrně 6,49 bodu ($SD \pm 3,58$), přičemž mezi dívkami ($M = 6,39$; $SD \pm 3,49$) a chlapci ($M = 6,58$; $SD \pm 3,66$) nebyl signifikantní rozdíl. S přibývajícím věkem skóry u dívek stoupaly. Více než 12 bodů na subškále skórovalo 29 respondentů, tedy 6,62 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.16: Zotavení – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.22: Deskriptivní statistika – subškála zotavení

Zotavení	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	438	6,49	± 3,58	chlapci	234	6,58	± 3,66
				dívky	204	6,39	± 3,49
Adolescenti v NZDM 10–11 let	45	6,67	± 4,06	chlapci	25	7,08	± 3,87
				dívky	20	6,15	± 4,33
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	6,36	± 3,51	chlapci	88	6,44	± 3,89
				dívky	101	6,30	± 3,15
Adolescenti v NZDM 15–20 let	204	6,57	± 3,54	chlapci	121	6,58	± 3,46
				dívky	83	6,57	± 3,68

Zjišťovali jsme rovněž vztah jednotlivých položek subškály s jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. V nejužším vztahu s celkovým skórem byla položka č. 56 (*Když mě něco rozhodí, přejde mě to za den.*), která dosahovala vysoké míry korelace ($r = 0,80$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,58$) prokázala položka č. 54 (*Když mě něco rozhodí, přejde mě to asi za hodinu.*).

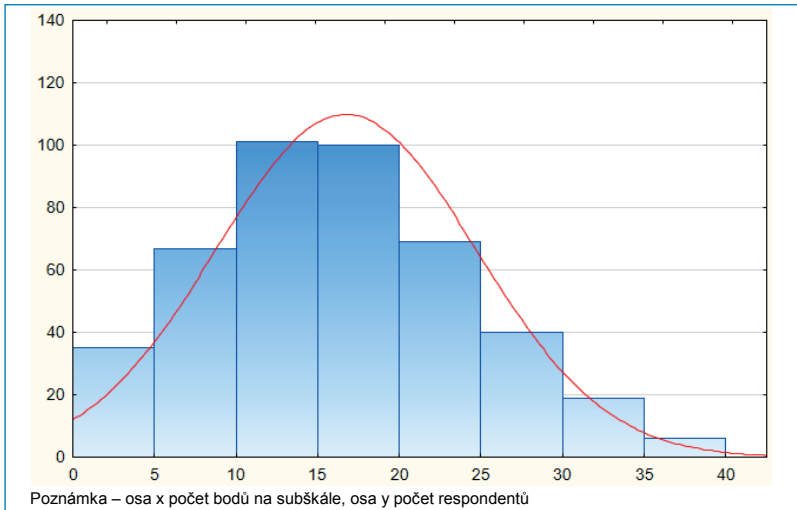
Tabulka 8.23: Korelace mezi jednotlivými položkami na subškále zotavení a celkovým skórem

Jednotlivé položky	54.	55.	56.	57.
54. Když mě něco rozhodí, přejde mě to asi za hodinu.				
55. Když mě něco rozhodí, přejde mě to za pár hodin.	0,45***			
56. Když mě něco rozhodí, přejde mě to za den.	0,22***	0,51***		
57. Když mě něco rozhodí, přejde mě to za několik dní.	0,01	0,24***	0,47***	
Celkový skór zotavení	0,58***	0,78***	0,80***	0,63***

(Pozn.: „***“ – signifikantní na 0,001)

Subškála poškození

Subškálu poškození tvoří deset položek. Její položková reliabilita odpovídá hladině 0,84. Na této subškále mohli respondenti dosáhnout hodnot hrubých skóre v rozmezí 0 až 40 bodů. Čím více bodů na škále dosáhli, tím více problémů zažívali při emoční reakci. Respondenti skórovali průměrně 16,74 bodu (SD ± 7,95), přičemž mezi dívkami (M = 16,94; SD ± 7,70) a chlapci (M = 16,57; SD ± 8,18) nebyl signifikantní rozdíl. S přibývajícím věkem skórovali dospívající níže. Více než 30 bodů na subškále dosáhlo 25 respondentů, tedy 5,71 % z celkového počtu respondentů.



Graf 8.17: Poškození – četnost respondentů v bodových kohortách

Tabulka 8.24: Deskriptivní statistika – subškála poškození

Poškození	N	M	SD	pohlaví	N	M	SD
Celý výzkumný vzorek	438	16,74	± 7,95	chlapci	234	16,57	± 8,18
				dívky	204	16,94	± 7,70
Adolescenti v NZDM 10–11 let	45	17,51	± 8,75	chlapci	25	17,20	± 8,87
				dívky	20	17,90	± 8,81
Adolescenti v NZDM 12–14 let	189	17,01	± 7,60	chlapci	88	17,23	± 7,88
				dívky	101	16,82	± 7,38
Adolescenti v NZDM 15–20 let	204	16,32	± 8,11	chlapci	121	15,96	± 8,27
				dívky	83	16,85	± 7,88

Zjišťovali jsme rovněž vztah mezi jednotlivými položkami subškály a jejím celkovým skórem. Vzájemné korelace jsme posuzovali pomocí Pearsonovy korelace na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Všechny položky prokázaly silnou míru korelace s celkovým skórem. V nejužším vztahu s celkovým skórem přitom byla položka č. 60 (*Když mě něco rozhodí, dostanu se do problémů.*), která dosáhla vysoké míry korelace ($r = 0,72$). Nejnižší míru korelace s celkovým skórem ($r = 0,53$) prokázala položka č. 64 (*Když mě něco rozhodí, jsem zmatený/á.*).

Tabulka 8.25: Korelace mezi položkami na subškále poškození a celkovým skórem

Položky	51.	52.	53.	58.	59.	60.	61.	62.	63.	64.
51.										
52.	0,44***									
53.	0,46***	0,41***								
58.	0,35***	0,37***	0,34***							
59.	0,32***	0,33***	0,32***	0,52***						
60.	0,41***	0,27***	0,29***	0,40***	0,54***					
61.	0,29***	0,27***	0,30***	0,38***	0,46***	0,44***				
62.	0,28***	0,16***	0,20***	0,18***	0,33***	0,37***	0,26***			
63.	0,39***	0,15	0,29***	0,22***	0,34***	0,46***	0,21***	0,46***		
64.	0,19***	0,35***	0,17***	0,25***	0,28***	0,29***	0,30***	0,27***	0,20***	
Celkový skór	0,67***	0,60***	0,60***	0,63***	0,71***	0,72***	0,62***	0,56***	0,60***	0,53***

8.4 Reflexe zjištěných hodnot a reliabilita

V rámci našeho výzkumu se prokázala významná souvislost mezi celkovým skórem na škále zvládnání a na škále uspokojivých vztahů ($r = 0,64$), a to na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. To odpovídá zjištění, že kvalitní mezilidské vztahy snižují prožívaný stres a umožňují jedinci dosáhnout pozitivních výstupů zátěže, jako jsou sociální kompetence, pozitivní vědomí vlastní účinnosti či jednotlivé sociální dovednosti (Cicchetti & Toth, 1997). Rovněž se tak potvrdilo, že zkušenost jedince s konzistentní a podpůrnou péčí zakládá ranou kompetenci jedince, která hraje klíčovou roli v jeho následné adaptaci (Yates, Egeland & Sroufe, 2003).

Při porovnání s americkými normami pro nás bylo nejvýznamnější zjištění, že většina klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež skórovala v případě škály zvládnání a uspokojivých vztahů níže a v případě emoční reaktivity výše než americký populační průměr. Toto rozložení v naměřených hodnotách odpovídalo nespécifické skupině, která byla v americké standardizační skupině v kontaktu s odborníky na psychické zdraví (Prince-Embury, 2007). Potvrdilo se tak, že jsme výzkum prováděli uvnitř ohrožené cílové skupiny, což odpovídá aktuálním výzkumným potřebám na poli resilience (Luthar, Sawyer & Brown, 2006).

Na škále zvládnání skórovalo 61,64 % respondentů níže než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence

zaměřené na posílení schopnosti zvládat vývojové úkoly. Dívky přitom skórovaly na škále zvládání na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ níže než chlapci. S přibývajícím věkem přitom dospívající klienti skórovali výše. To potvrzuje Mackovo (2003) tvrzení, že se v adolescenci zvyšuje četnost strategií zvládání. V časně adolescenci mají dospívající jen málo zkušeností s odhadem situace a s efektivním zvládnutím situací. Jsou tak zranitelnější a jejich chování je méně konzistentní.

Dívky skórovaly na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ níže než chlapci také na subškále vědomí vlastní účinnosti. Potvrdil se tak poznatek Bergmana a Scotta (2001), že se u dívek objevuje nižší vědomí vlastní účinnosti, nižší sebehodnocení a nižší životní spokojenost. To může souviset se skutečností, že se dívky cítí více zatěžované interpersonálními vztahy a normativními úkoly a častěji než chlapci hodnotí události všedního života jako ohrožující, tedy jako takové, které je třeba zvládnout (Olbrich, 1990). Další genderové rozdíly v jednotlivých škálách a subškálách se v rámci výzkumu nepodařilo prokázat. Potvrdilo se tak zjištění Ungara (2006), že v moderních západních společnostech se dívky a chlapci v jednotlivých faktorech resilience výrazně neliší.

Na škále uspokojivých vztahů skórovalo 57,08 % respondentů níže než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na zlepšení vztahů. Tato skutečnost může úzce souviset s tím, že většina dospívajících klientů prožívá konfliktní situace se svými nejbližšími, zažila rozpad primární rodiny nebo konflikty v jejím rámci (NIDM, 2010). Podle Eriksona (2002) se důvěra či nedůvěra ve svět rozvíjí prostřednictvím vzájemné interakce mezi dítětem a pečující osobou. Důvěra v dostupnost pomoci od druhých a v jejich schopnost jedinci pomoci přitom úzce souvisí s jistou vazbou (Thompson, Flood & Goodvin, 2006). Chlapci s přibývajícím věkem méně vyhledávali oporu druhých, což může souviset s jejich snahou „udržet si tvář“ (Štefková, 2012).

Na škále emoční reaktivity skórovalo 51,14 % respondentů výše než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na schopnost ovládat emoce a pracovat s nimi. I do této skutečnosti se může promítat působení vazby, která ovlivňuje schopnost člověka vztahovat se k druhým a jeho seberegulaci. Děti, u nichž byla ve dvou letech zaznamenána jistá vazba, později lépe regulovaly své emoce, déle setrvaly v situacích výzvy a zaměřovaly se na hledání sociální opory (Fonagy et al., 1994). Podle Siegela (1999) lze přitom většinu duševních poruch částečně vysvětlit jako poruchy seberegulace.

Pokud porovnáme reliabilitu amerického standardizačního souboru a našeho výzkumného souboru, získáme velmi obdobné výsledky. Ve věkových

kategoriích 12–14 let a 15–20 let se nám rovněž podařilo získat početně obdobný vzorek. Poměrně rozdílné výsledky v reliabilitě vidíme především u skupiny klientů ve věku 15–20 let. Tato skutečnost může být způsobena tím, že v našem vzorku byli zahrnuti, oproti americké standardizační skupině, rovněž klienti starší 18 let. Výraznější rozdíly spatřujeme také na škále emoční reaktivity.

Tabulka 8.27: Porovnání reliability – americká norma (A) a výzkumný soubor (B)

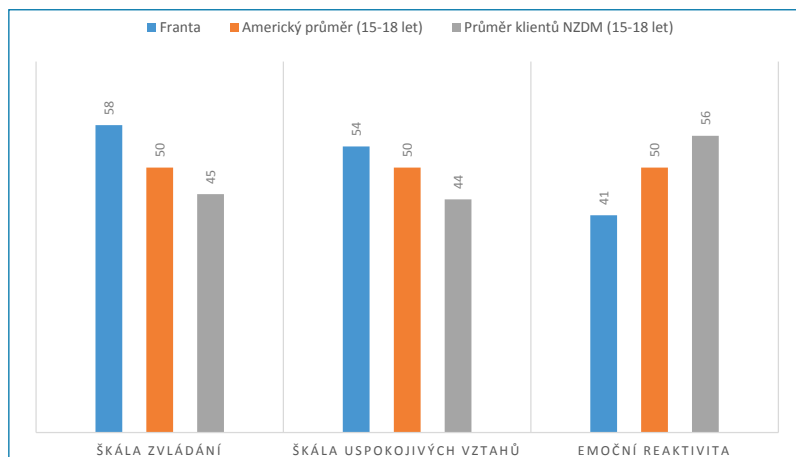
Škála	A (9–11) N = 226	B (10–11) N = 48	A (12–14) N = 224	B (12–14) = 190	A (15–18) N = 200	B (15–20) N = 212
Zvládání	0,85	0,83	0,89	0,86	0,95	0,85
Optimismus	0,69	0,57	0,78	0,69	0,89	0,69
Vědomí vl. účinnosti	0,77	0,78	0,83	0,81	0,91	0,83
Přizpůsobivost	0,56	0,68	0,61	0,65	0,82	0,69
Uspokojivé vztahy	0,89	0,89	0,91	0,93	0,95	0,90
Důvěra	0,78	0,82	0,83	0,83	0,90	0,77
Opora	0,71	0,63	0,73	0,80	0,85	0,72
Pohodlí	0,76	0,71	0,81	0,75	0,88	0,76
Snášenlivost	0,68	0,76	0,75	0,77	0,87	0,72
Emoční reaktivita	0,90	0,84	0,91	0,86	0,94	0,87
Citlivost	0,75	0,72	0,80	0,74	0,86	0,72
Zotavení	0,83	0,68	0,81	0,64	0,87	0,65
Poškození	0,88	0,81	0,88	0,81	0,92	0,84

8.5 Případová studie

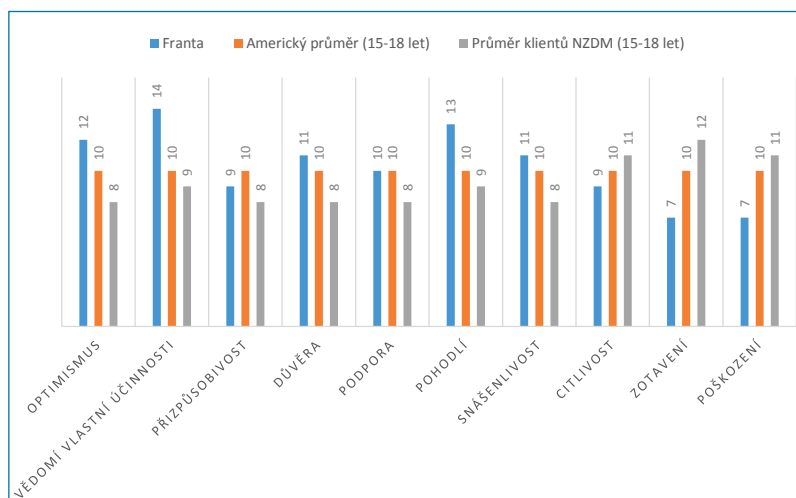
Hlavní přínos používané dotazníkové metody vnímáme především v oblasti individuální práce s klienty. Škály resilience pro děti a adolescenty umožňují identifikovat jednotlivé protektivní a rizikové faktory na mikroúrovni jedince a dále s nimi pracovat. V následující případové studii přinášíme příklad práce s klientem, který pomalu ukončuje čerpání služby nízkoprahového zařízení pro děti a mládež.

Tabulka 8.27: Anamnéza klienta

Přezdívká	Franta
Věk	15
Datum prvního kontaktu	11. 4. 2013
Datum vyplnění dotazníku	13. 1. 2015
Aktuální životní situace klienta	<p>VOLNÝ ČAS Ve volném čase chodíš rád jen tak ven nebo si zahraješ basketbal. Tvůj všední den vypadá tak, že ráno vstaneš a jdeš do školy. Na oběd jdeš domů, koukáš na televizi a jdeš ven. Teď chodíš často i do klubu. O víkendu býváš buď doma, nebo venku. Chtěl bys mít miň kamarádů. Nebo spíš neznat tolik lidí, protože je to unavující a někteří o tobě šíří různé drby. Vnímáš nedostatek soukromí.</p> <p>ŠKOLA Chodíš do osmé třídy. Jde ti dobře čeština a matematika. Moc ti nejde zeměpis. Máš spoustu kamarádů. Se šikanou ses nesetkal. Nikdy jsi nebyl za školou ani jsi neměnil školu. Chtěl bys, aby na tebe byly učitelky hodnější.</p> <p>RODINA Doma bydlíš s mámou, se stejně starou sestrou a se šestiletým bratrem. Moc se doma nehádáte. Máš pocit, že máma částečně ví, co je pro tebe důležité. Některé věci si ale necháváš pro sebe.</p> <p>O TOBĚ Dovedeš dobře vycházet s lidmi. Šťastný se cítíš, když se bavíš s kamarády. Aby ses cítil dobře, vždy nějak přetrpíš to, co tě trápí, a vzpomeneš si na něco dobrého. Chtěl bys dělat kuchaře v dobré restauraci nebo policistu. Podařilo se ti překonat těžkou situaci v podobě rozchodu s dívkou. Povedlo se ti to díky tomu, že sis uvědomil, že život jde i přesto dál. Říkáš, že se nemáš komu svěřit. Svoje věci si vždy řešíš sám.</p>



Graf 8.18: Františkovův profil resilience – srovnání s americkou populační normou a klienty NZDM ve věku 15–18 let



Graf 8.19: Podrobný profil resilience u Františka

Dotazník RSCA byl u Františka administrován po dvou letech docházení do služby. Během této doby jej pracovníci podporovali především při zvládání vlastních emocí a projevu rizikového chování. V době administrace dotazníku byla s Františkem postupně ukončována spolupráce. Především z toho důvodu, že si sám aktivně hledal volnočasové vyžití v podobě kroužku.

Podrobný profil Františkovy resilience ukazuje, že disponuje řadou zdrojů – především na škále zvládání a na škále emoční reaktivity. Právě na těchto škálách se lze domýšlet předchozího úspěšného vlivu intervencí v rámci zařízení.

Analýzou jednotlivých položek dotazníku jsme vytipovali dvě možné intervenční oblasti, na kterých je možné s Františkem dále spolupracovat. Uvedl, že neumí říci kamarádům, že mu ublížili, a že se nemůže spolehnout na to, že se k němu ostatní budou chovat spravedlivě. Tyto oblasti se vztahují především k vlastní pohodě v rámci vrstevnických vztahů. Prostředí nízkoprahového zařízení představuje vhodný prostor pro ovlivňování těchto interakcí. Pracovníci mohou na základě znalosti odpovědí v dotazníku věnovat těmto oblastem zvýšenou pozornost a vzájemné intervence mezi vrstevníky ovlivňovat.

Po administraci dotazníku hledal František společně s pracovníkem vhodný kroužek. První bariéru v tomto procesu tvořila finanční situace rodiny, ve spolupráci s OSPOD a rodinou se ji však podařilo odstranit. Další bariérou byla Františkova barva pleti, na jejímž základě byl v jednom kroužku odmítnut. Poslední bariérou byl nevhodný výběr kroužku. V současné době si František našel kroužek, který ho baví a kde si rozumí s trenérem, služeb zařízení využívá méně. Společným východiskem pro zdolávání obtíží přitom byly především zdroje na škále zvládání, což mu pracovník vhodným způsobem reflektoval a Františkovo pozitivní jednání tak dále posílil.

ZÁKLADNÍ ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Naším hlavním výzkumným cílem bylo vymežit klíčové osobnostní charakteristiky resilience u dospívajících klientů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež.

Výsledky výzkumného projektu přinesly tato zjištění o výběrovém souboru:

- Prokázala se významná souvislost mezi celkovým skórem na škále zvládnání a na škále uspokojivých vztahů ($r = 0,64$), a to na hladině významnosti $\alpha = 0,001$.
- Dívky skórovaly na škále zvládnání na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ níže než chlapci.
- Dívky skórovaly na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ níže než chlapci také na subškále vnímané vlastní účinnosti.
- Další genderové rozdíly v jednotlivých škálách a subškálách se v rámci výzkumu nepodařilo prokázat.
- Většina klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež skórovala v případě škály zvládnání a uspokojivých vztahů níže a v případě emoční reaktivity výše než americký populační průměr. Toto rozložení v naměřených hodnotách odpovídalo nesespecifické skupině, která byla v americké standardizační skupině v péči odborníků na psychické zdraví.
- Na škále zvládnání skórovalo 61,64 % respondentů níže než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na posílení schopnosti zvládat vývojové úkoly. S přibývajícím věkem přitom dospívající klienti skórovali výše.
- Na škále uspokojivých vztahů skórovalo 57,08 % respondentů níže než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na zlepšení vztahů.
- Na škále emoční reaktivity skórovalo 51,14 % respondentů výše než americký populační průměr. Pro tuto skupinu by tak bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na schopnost regulovat vlastní emoce.

SOUHRN

Pojem resilience vychází z latinských pojmů *resilio*, *resiliere*, které znamenají skákat zpět, odrážet se, odskakovat (Punová, 2012a). Resilience představuje schopnost vyrovnat se s negativními životními událostmi (Garmezy, 1991). V anglickém jazyce lze odlišit dva významy tohoto pojmu. Zatímco termín *resilience* označuje dynamický vývojový fenomén, jehož součástí je interakce osobních vlastností jedince s faktory prostředí v případě vystavení nepřízni, termín *resiliency* označuje osobní charakteristiku jedince, která nepředpokládá vystavení obtížným životním situacím (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000).

Hlavním zaměřením výzkumů resilience je identifikace rizikových a protektivních faktorů, které mohou snižovat negativní vliv zátěžových situací (Luthar, 2006). Jako nejdůležitější se přitom ukazují výzkumy prováděné uvnitř ohrožených skupin, výzkumy kohort a longitudinální výzkumy (Luthar, Sawyer & Brown, 2006). Na resilienci se často usuzuje na základě dosažení nějakého kritéria, na základě posouzení druhými a na základě dotazníků zaměřených na měření resilience (Šolcová, 2009).

Zvládání vývojových úkolů a vnímaná vlastní účinnost se ukazují jako klíčové charakteristiky resilience u dětí i dospělých. Jedná se o adaptivní chování a jednání, které odpovídá vývojovému období jedince. Podle Bandury (1997) vnímaná vlastní účinnost ovlivňuje to, jak se jedinec vypořádává se zátěží. Pokud je přesvědčen, že aktivně ovlivňuje svůj život, snadněji zvládá vlastní emocionální stavy a snáze čelí nepříznivým životním událostem.

Zkušenost dětí a dospívajících se vztahy významně ovlivňuje jejich schopnost zvládat zátěž. Důležité je především to, zda vnímají vztahy jako dostupné v případě potřeby a jakou mají zkušenost s dostupností opory v minulosti. Důvěra v dostupnost pomoci od druhých a v jejich schopnost jedinci skutečně pomoci úzce souvisí s jistou vazbou (Thompson, Flood & Goodvin, 2006). Kvalitní mezilidské vztahy snižují prožívaný stres a umožňují jedinci dosáhnout pozitivních výstupů zátěže (Cicchetti & Toth, 1997).

Emoční reaktivita může být chápána jako vrozená zranitelnost, vznětlivost nebo toleranční práh. Thompson (1990) popisuje seberegulaci jako faktor, který ovlivňuje emocionální reakce tak, aby se jedinec mohl adaptovat v měnícím se prostředí.

Dospívání představuje období zvýšených nároků, které často vedou ke krizím a konfliktním vzorcům chování a překračují adaptivní kapacitu jedinců (Olbrich, 1990). Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež se zaměřují

na profesionální pomoc dospívajícím v obtížných životních situacích. Pracují s jedinci, kteří prožívají konfliktní situace se svými nejbližšími, mají zkušenost s rizikovým chováním nebo se pohybují v prostředí, kde existují jeho vzory, a považují své problémy za obtížně řešitelné či neřešitelné.

Vzhledem k nedlouhé době od vzniku těchto služeb neexistuje v současnosti mnoho relevantních výzkumů dané problematiky. Stejně jako se vyvíjejí jednotlivá zařízení, vyvíjí se i pohled na to, co je třeba zkoumat. Zatímco stávající výzkumy vypovídají o podobě standardizovaných procesů a o charakteristikách cílové skupiny, budoucí výzkumy by se měly zaměřit především na oblast efektivní práce s klienty. Koncept resilience může být vhodným východiskem pro práci s cílovou skupinou, neboť předpokládá možnost jejího ovlivnění intervenčními postupy. Cílem nízkoprahových zařízení pro děti a mládež se tak může stát podpora resilienčních procesů v klientech samotných i v jejich prostředí.

Naším hlavním výzkumným cílem bylo vymezit klíčové osobnostní charakteristiky resilience u dospívajících klientů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Přeložili jsme proto dotazník Škály resilience pro děti a adolescenty (Prince-Embury, 2007), který je určen pro širokou věkovou skupinu dětí a adolescentů (9–18 let). Vycházeli jsme přitom z přesvědčení, že pokud máme k dispozici nástroj na měření resilience, můžeme cíleně zaměřovat intervence na její jednotlivé faktory a účinně ověřovat jejich úspěšnost. Naším dalším cílem bylo ukázat, jak lze na základě práce s administrací dotazníku rozvíjet resilienci klientů. Uskutečnili jsme první výzkum resilience v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, který využíval rovněž kvantitativní metodologii a zaměřoval se přímo na výpovědi klientů.

Výzkumný soubor po vyčištění dat tvořilo 451 respondentů z 39 nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, která byla členy České asociace streetwork nebo se o toto členství ucházela. Využili jsme smíšený výzkum, v jehož rámci jsme provedli rozsáhlé dotazníkové šetření resilience u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, které jsme následně rozšířili o případovou studii.

V rámci našeho výzkumu se prokázala významná souvislost mezi celkovým skórem na škále zvládnání a na škále uspokojivých vztahů ($r = 0,64$), a to na hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Dívky přitom skórovaly na škále zvládnání a na subškále vnímané vlastní účinnosti na hladině významnosti $\alpha = 0,001$ níže než chlapci. Další genderové rozdíly v jednotlivých škálách a subškálách se v rámci výzkumu nepodařilo prokázat.

Většina klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež skórovala v případě škály zvládnání a uspokojivých vztahů níže a v případě emoční reaktivity výše, než je americký populační průměr. Toto rozložení v naměřených

hodnotách odpovídalo nespecifické skupině, která byla v americké standardizační skupině v péči odborníků na psychické zdraví. Na škále zvládnání skórovalo 61,64 % respondentů níže, než je americký populační průměr. Na škále uspokojivých vztahů skórovalo 57,08 % respondentů níže, než je americký populační průměr. Na škále emoční reaktivity skórovalo 51,14 % respondentů výše, než je americký populační průměr. Pro tyto klienty by bylo vhodné realizovat intervence zaměřené na posilování jednotlivých faktorů individuální resilience.

Hlavní přínos používané dotazníkové metody vnímáme především v oblasti individuální práce s klienty. Škály resilience pro děti a adolescenty umožňují identifikovat jednotlivé protektivní a rizikové faktory na mikroúrovni jedince. Většina pracovníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež přitom umí efektivně vyhodnotit protektivní a rizikové faktory na mezoúrovni a makroúrovni. Propojení všech těchto ekosystémových úrovní umožní realizovat velmi efektivní intervence (Smokowski, 1999).

SUMMARY

“Resilience” comes from the Latin *resilio*, *resiliere*, meaning to bounce back, rebound, ricochet (Punová, 2012a). Resilience is the ability to cope with stressful situations in life (Garmezy, 1991). There are two variants of the term in English. The word *resilience* refers to the dynamic developmental phenomenon which is based on the interplay between an individual’s personality traits and environmental factors in the context of adversity. In contrast, the term *resiliency* means the ability of an individual to cope with difficult situations in life without there necessarily being such a situation (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

Studies of resilience have focused on the identification of risk factors and protective factors that lessen the negative effects of stressful situations (Luthar, 2006). Studies with at-risk groups, cohort studies and longitudinal studies have yielded the most valuable results (Luthar, Sawyer & Brown, 2006). Resilience in an individual is often inferred from the satisfaction by him or her of a certain criterion; based on evaluation by others; and based on resilience questionnaires (Šolcová, 2009).

The ability to deal with one’s responsibilities and one’s self-perceived effectiveness are among the key signs of resilience in children and adults. A resilient individual demonstrates adequate adaptive strategies and behaviour at each developmental stage. According to Bandura (1997), self-perceived effectiveness influences the way we cope with stress. If we believe that we are in control of our life, we are better at managing our emotional states and are better able to cope with difficult situations in life.

Our relational experiences as children and adolescents are an important factor in the development of our coping skills. The emotional availability of the other party in a relationship and the availability of support from others are of the essence. Trust in the availability of support from others and trust in the willingness of others to help are essential to our confidence in relationships (Thompson, Flood, & Goodwin, 2006). Good interpersonal relationships help alleviate stress and achieve positive stress outcomes (Cicchetti & Toth, 1997).

Emotional reactivity can be construed as innate vulnerability, impulsivity or studied in terms of the threshold of tolerance. Thompson (1990) describes self-regulation as the factor that influences emotional reactions in a way that allows us to adapt to changing circumstances.

In adolescence, increased demands are placed on the individual. This often leads to crises and the development of oppositional patterns of behaviour

as the individual's adaptive capacity is being put to the test (Olbrich, 1990). Drop-in centres for children and youth provide professional care for adolescents who find themselves in difficult situations in their lives. These centres work with individuals who have conflict-ridden relationships with those around them, engage in risk behaviours or live in an environment in which models of such behaviour are present and who perceive their issues as difficult to manage or unmanageable.

These services have a fairly short history, so there is insufficient research on the subject. As the facilities have evolved, so has evolved the opinion about what should be studied. Existing studies have tried to shed light on standardised processes and the characteristics of the target groups, whereas future research should focus on identifying effective ways of providing support to clients. The concept of resilience can be a good foundation for work with clients, as resilience can be improved by targeted interventions. Drop-in centres for children and youth could, for example, focus on teaching resilience to clients and on supporting the development of resilience processes within the clients' environments.

The main goal of our research was to define the key traits of resilience in adolescent clients of drop-in centres for children and youth. We have translated the Resiliency Scales for Children & Adolescents instrument (Prince-Embury, 2007), which is intended for children and adolescents aged between 9 and 18 years. Our efforts were based on the idea that by obtaining an instrument for measuring resilience, we would be able to target particular factors that contribute to resilience through our interventions and efficiently assess the results. Our second goal was to show how resilience could be developed through the use of the instrument. We conducted our first study of resilience in clients of drop-in centres for children and youth using the instrument in conjunction with a qualitative analysis of the clients' responses.

After removing noise, our sample included 451 respondents from 39 drop-in centres for children and youth, which were associated with the Czech Association for Outreach Youth Work or were in the process of applying for membership in the association. We have used a mixed-methods approach which included an extensive survey of clients of drop-in centres for children and youth with a focus on resilience and a case study which was conducted later.

We have discovered a strong positive correlation between the respondents' overall score on the coping scale and their score on the scale of relationship satisfaction ($p=0.64$). The significance level was $\alpha=0.001$. Girls scored lower than boys on the coping scale and on the sub-scale of self-perceived effectiveness; the significance level was $\alpha=0.001$. The research did not find

any other differences in the performance of boys and girls on the individual scales and sub-scales.

The score of most of the clients of drop-in centres for children and youth on the coping scale and the scale of relationship satisfaction was lower than the U.S. population mean score. The distribution of these values corresponds to the results of the unspecific subgroup within the U.S. standardisation sample that was under the care of mental health professionals. In all, 61.64% of the respondents scored lower on the coping scale and 57.08% of the respondents scored lower on the scale of relationship satisfaction compared to the U.S. population mean score. In contrast, 51.14% of the respondents scored higher on the scale of emotional reactivity compared to the U.S. population mean score. These clients would benefit from interventions focused on building resilience.

The main use of the instrument is in individual work with clients. The Resiliency Scales for Children & Adolescents can help identify risk and protective factors at the micro-level of individuals. Most employees of drop-in centres for children and youth are able effectively to assess risk and protective factors at both meso- and macro-levels. If we connect these ecosystem levels, we will be able to carry out very effective interventions (Smokowski, 1999).

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

A LITERATURE

- American Psychological Association. (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anthony, E. J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony, & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: children at psychiatric risk*, New York: Wiley.
- Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A., & Seifer, R. (1993). Contextual risk and resiliency during late adolescence. *Development and Psychopathology*, 5, 741–761.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bartlett, H. (1970). *The Common Base of Social Work Practice*. Silver Spring, MD: National association of Social Workers.
- Baštecká, B. a kol. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
- Baumeister, R. F., & Muraven, M. (1996). Identity as adaptation to social, cultural, and historical context. *Journal of Adolescence*, 19, 405–416.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1999). *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal Of Adolescence*, 24 (2), 183–197.
- Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., & Dahl, A. A. (2003). When adolescent disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child Care, Health & Development*, 29 (30), 207–213.
- Berzonsky, M. D. (1989). The self as a theorist: Individual differences in identity formation. *International Journal of Personality Construct Psychology*, 2, 363–376.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins. (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations. The Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13; 39–101). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Boyden, J., & Mann, G. (2005). Children's risk, resilience and coping in extreme situations. In Ungar, M. (Ed.), *Handbook for working with children and youth*. Thousand Oaks: Sage.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. (1995). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. New York: John Wiley and Sons.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1997). Transactional ecological systems in developmental psychopathology. In S. S. Luthar, J. A. Burack, D. Cicchetti, & J. R. Weisz (Eds.),

- Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder*, 317–349. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind [Special issue]. *Development and Psychopathology*, 6 (4), 533–549.
- Coelho, G. V., Hamburg, D. A., & Adams, J. E. (Eds.). (1974). *Coping and adaptation*. New York: Basic Books.
- Connell, J. P., & Wellborn, J. G. (1991). Competence, autonomy, and relatedness: A motivational analysis of self-system processes. In M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development. The Minnesota symposia on child development*, 23, 43–77. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cowen, E. L., Pryor-Brown, L., Hightower, A. D., & Lotyczewski, B. S. (1991). Age perspectives on the stressfulness of life-events for 10–12 year old children. *School Psychology Quarterly*, 6 (4), 240–250.
- Čámský, P., Sembdner, J., & Krutilová, D. (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál.
- Darwin, Ch. (2007). *O vzniku druhů přírodním výběrem*. Praha: Academia.
- Dodge, K. A., & Albert, D. (2012). Evolving science in adolescence: Comment on Ellis et al. *Developmental Psychology*, 48 (3), 624–627.
- Dohányosová, D., & Krajhanzl, J. (2011, June 10). Nízkoprahy pod lupou 2010. Získáno z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3181
- Dolejš, M. (2010). *Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., & Skopal, O. (2015). *Výskyt rizikového chování u adolescentů Dolejš a Skopal (VRCHA) – příručka pro praxi*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Dolejš, M., Skopal, O., Suchá, J., et al. (2014). *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Downing, S. (2011). *On Course: Strategies for Creating Success in College and in Life*. Boston: Wadsworth.
- Drapeau, S., Saint-Jacques, M.-Ch., Lépine, R., Bégin, G., & Bernard, M. (2007). Processes that contribute to resilience among youth in foster care. *Journal of Adolescence*, 30 (6), 977–999.
- Dunphy, D. C. (1963). The social structure of urban adolescent groups. *Sociometry*, 26, 230–246.
- Erikson, E. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Filípková, Z., Kotová, H., Staníková, L., Vymětalová, Z., Holíš, M., Racek, J., Svoboda, M., & Zahradník, M. (2011). *Dobrá praxe: české a zahraniční zkušenosti z práce v nízkoprahových terénních a kontaktních službách*. Praha: Česká asociace street-work.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231–257.
- Fowler, J. W. (1995). *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. NYC: Harper & Row.

- Fraser, M. (Ed.). (2004). *Risk and resilience in childhood: An ecological perspective*. Washington DC: NASW.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459–466.
- Gilligan, C. (2001). *Jiným hlasem*. Praha: Portál.
- Ginsburg, K. R., & Jablo, M. M. (2011). *Building Resilience in Children and Teens: Giving Kids Roots and Wings*. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics.
- Goldfried, M. R. (1977) The use of relaxation and cognitive relabeling as coping skills. In R. B. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management: Strategies, techniques and outcome*. New York: Brunner and Mazel.
- Gullone, E., & Moore, S. (2000). Adolescent risk-taking and the five-factor model of personality. *Journal of Adolescence*, 23, 393–407.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending. Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hamanová, J., & Hellerová, P. (2000). Syndrom rizikového chování v dospívání (1. část). *Československá pediatrie*, 55 (6), 380–387.
- Hampson, S. E., Severson, H. H., Burns, W. J., Slovic, P., & Fisher, K. J. (2001). Risk perception, personality factors and alcohol use among adolescents. *Personality And Individual Differences*, 30(1), 167–181.
- Hauser, S. T., Allen, J. P., & Golden, E. (2006). *Out of the woods: Tales of resilient teens*. Boston: Harvard University Press.
- Heibrink, H. (1997). *Psychologie morálního vývoje*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (1997). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Herzog, A. (2010). Individuální plánování v NZDM formou rozhovoru. In Klíma, P., Herzog, A., Kunc, S., Racek, J., & Zahradník, M. (Eds.), *Kontaktní práce 2010: Antologie textů České asociace streetwork*, 105–110. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork.
- Chmelařová, J. (2007). *Využití konceptu resilience v klubu Modrá kočka*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal of social support and life events: Predicting outcome behavior in school age children. *Child Development*, 71 1441–1457.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
- Jew, C. J., Green, K. E., & Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resilience. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 32, 75–89.
- Ježek, S. (2012). Vztahy s dospělými mimo rodinu. In P. Macek, L. Lacinová (Eds.), *Vztahy v dospívání*, 81–97. Brno: Barrister & Principal.
- Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. In Adelson, J. (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: J. Wiley.

- Kaplan, H. B. (Ed.). (1983). *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Kaufman, J., Yang, B., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, J. H. et al. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *101*, 17316–17321.
- Klíma, P. (2004). Pedagogika mimo zdi institucí. In R. Jedlička, P. Klíma, J. Kořa, J. Němec, & J. Pilař (Eds.), *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, 355–401. Praha: Themis.
- Klíma, P., Herzog, A., Kunc, S., Racek, J., & Zahradník, M. (Eds.). (2007). *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Česká asociace streetwork.
- Klíma, P., Herzog, A., Kunc, S., Racek, J., & Zahradník, M. (Eds.). (2010). *Kontaktní práce 2010: Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1–11.
- Kohoutek, T., Mareš, J., & Ježek, S. (2008). Coping in Adolescence. In Ježek, S., & Lacinová, L. (Eds.). *Fifteen-Year-Olds in Brno: A Slice of Longitudinal Self-Reports* (55–64). Brno: MU.
- Krajhanzl, J. (červen, 2013). „Nízkoprahy pod lupou“ ve třetím roce. Praha: Česká asociace streetwork. Získáno z: <http://www.streetwork.cz/content/view/4122/>
- Kupčíková, D. (2014) *Podpora resilience klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. (Nepublikovaná diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lerner, R. M., Freund, A. M., DeStefanis, I., & Habermas, J. (2001). Understanding developmental regulation in adolescence: The use of the selection, optimization, and compensation model. *Child Development*, *44*, 29–50.
- Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, Ch., & Lerner, J. V. (2005). Positive Youth Development: A View of the Issues. *The Journal of Early Adolescence*, *25* (1), 10–16.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71* (3), 543–562.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, *3* (2), 739–795. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: Past, present, and future research. In Lester, B. M., Masten, A. S., & McEwen, B. (Eds.), *Resilience in children*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1094, Boston: Blackwell.
- Macek, P. (2003). *Adolescence*. Praha: Portál.
- Marcia, J. E. (1966). Development and Validation of Ego-Identity Status. *Journal of Personality and Social Psychology*, *3*, 551–558.
- Martin, M. J., Blozis, S. A., Boeninger, D. K., Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2014). The Timing of Entry Into Adult Roles and Changes in Trajectories of Problem Behaviors During the Transition to Adulthood. *Developmental Psychology*, *50* (11), 2473–2484.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologists*, 56 (3), 227–238.
- Masten, A. S., & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (1–25). Cambridge: Cambridge University Press.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (Eds.). (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Mayring, P. (1990). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlag Union.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mioviský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., & Novák, P. (Eds.). (2010). *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN.
- MPSV ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- MPSV ČR. (2014). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2013*.
- Murphy, L. B., & Moriarty, A. E. (1976). *Vulnerability, coping and growth from infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press.
- Národní institut dětí a mládeže. (2010). *Zdravé klima v zájmovém a neformálním vzdělávání*.
- Nielsen Sobotková, V. (2014). *Rizikové a antisociální chování v adolescenci*. Praha: Grada.
- Novotný, J. S. (2008). *Obraz resilience adolescentů v prostředí ústavní péče*. (Nepublikovaná rigorózní práce). Masarykova univerzita.
- Oerter, R. (Ed.). (1985). *Lebenswältigung im Jugendalter*. Weinheim: Verlag Chemie.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. I. & Atkinson, R. (1988). *The Teenage World: Adolescents' Self-Image in Ten Countries*. New York: Springer.
- Olbrich, E. (1990). Coping and Development. In H. Bosma, & Jackson S. (Eds.), *Coping and Self-Concept in Adolescence*, 35–69. Berlin: Springer Verlag.
- Olson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
- Pechová, O. (2011). *Psychologie náboženství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2014). *Psychologie dítěte*. Praha: Portál.
- Plháčková, A. (2013). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Pracovní skupina pro dodefinování NZDM – pracovní orgán České asociace streetwork, o. s. (2008). *Pojmosloví nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. Praha: Česká asociace streetwork.
- Prince-Embury, S. (2006). *Resiliency scales for adolescents: A profile of personal strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
- Prince-Embury, S. (2007). *Resiliency Scales for Children and Adolescents™: A Profile of personal strengths*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.
- Prince-Embury, S. (2013). *The Resiliency Scales for Children and Adolescents: Constructs, Research and Clinical Application*. In Goldstein S., & Brooks, R. B. (Eds.), *Handbook of Resilience in Children*, 2nd ed. 262–278. New York: Springer.

- Punová, M. (2012). Konceptuální vymezení resilienční sociální práce s mládeží. *Sociální práce*, 12 (4), 67–75.
- Punová, M. (2012a). Resilience v sociální práci s rizikovou mládeží. *Sociální práce*, 12 (2), 90–103.
- Punová, M. (2015). Práce s mládeží v době nejistoty. *Sociální pedagogika*, 3, 70–84.
- Racek, J., & Herzog, A. (2007). Fenomén NZDM, tedy nízkoprahových zařízení pro děti a mládež. In P. Klíma, A. Herzog, S. Kunc, J. Racek, & M. Zahradník (Eds.), *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*, 319–328. Praha: Česká asociace streetwork.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 307–321. DOI: 10.1002/jclp.10020.
- Rhodewalt, F., & Zone, J. B. (1989). Appraisal of life change, depression, and illness in hardy and nonhardy women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (1), 81–88.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2005). Emotional Development in Adolescence. In G. R. Adams, & M. D. Berzonsky (Eds.), *Blackwell handbook of adolescence*, 269–289. Wiley: Blackwell Publishing. Malden, MA: Blackwell Pub.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb, & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology*, 1, 37–86. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119–144.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55 (1), 68–78.
- Schaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont: Wadsworth.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seligman, M. E. P. (with Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J.). (1995). *The optimistic child*. New York: Houghton Mifflin.
- Seligman, M. E. P. (1998). The prediction and prevention of depression. In D. K. Routh, & R. J. DeRubeis (Eds.), *The science of clinical psychology: Accomplishments and future directions* (201–214). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive psychology. In J. E. Gillham (Ed.), *Science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman* (415–429). Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Sim, H. (2000). Relationship of daily hassles and social support to depression and antisocial behavior among early adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 647–659.

- Smokowski, P. R., Reynolds, A. J., & Bezrucko, N. (1999). Resilience and protective factors in adolescence: An autobiographical perspective from disadvantaged youth. *Journal of School Psychology, 37*(4), 425–448.
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The Psychology of Religion: an Empirical Approach*. New York: Guilford Press.
- Staniček, S., Syrový, J., & Herzog, A. (2007). Definování cílové skupiny v rámci pojetí práce zaměřené na člověka. In P. Klíma, A. Herzog, S. Kunc, J. Racek, & M. Zahradník (Eds.), *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*, 87–92. Praha: Česká asociace streetwork.
- Skopal, O., Dolejš, M., & Suchá, J. (2014). *Vybrané osobnostní rysy a rizikové formy chování u českých žáků a žákyň*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.
- Štefková, I. (2012). *Prožívání strachu u klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Telch, Ch. R., & Telch, M. J. (1985). Psychological approaches for enhancing coping among cancer patients: A review. *Clinical Psychology Review, 5*, 325–344.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R. Dientsbier (Series Ed.), & R. A. Thompson (Vol. Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1988: Socioemotional Development*, 367–467. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation*, 3 (2), 1–37. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Tyrlík, M. (2010). Sociální stránka sebesystému : vztah mezi námi a v nás. In M. Tyrlík, P. Macek, & J. Širůček (Eds.), *Sebepojetí a identita v adolescenci: sociální a kulturní kontext*, 15–36. Brno: Masarykova univerzita.
- Ungar, M. (2006). Nurturing hidden resilience in at-risk youth in different cultures. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry, 15*, 53–58.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Sciences, 4*, 81–85.
- Werner, R. R., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66* (5), 297–333.
- Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., & Kerley, J. H. (1993). The role of children's positive expectations in self-system functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at-risk children [Special issue]. *Development and Psychopathology, 5* (4), 649–661.
- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, A. (2003). Rethinking resiliency: A developmental process perspective. In S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, 243–266. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zemanová, V., & Dolejš, M. (2015). *Životní spokojenost, sebehodnocení a výskyt rizikového chování u klientů NZDM*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Resilience u adolescentů v nízkoprahových zařízeních pro děti

**Mgr et Mgr. Ivana Štefková
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.**

Výkonná redaktorka Mgr. Agnes Hausknotzová
Odpovědný redaktor Bc. Otakar Loutocký
Technická redakce Mgr. Petr Jančík
Kresby na obálce Tomáš Zach
Návrh a grafické zpracování obálky Mgr. Jiří Mataj

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 8, 771 47 Olomouc
www.vydavatelstvi.upol.cz
www.e-shop.upol.cz
vup@upol.cz

1. vydání
Olomouc 2016
Ediční řada – Monografie
DOI: 10.5507/FF.16.24449036
ISBN 978-80-244-4903-6 (online : PDF)
Neprodejná publikace
VUP 2016/0032



Cílem této výzkumné monografie bylo vymezit klíčové osobnostní charakteristiky resilience u dospívajících klientů v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Z tohoto důvodu jsme přeložili dotazník Škály resilience pro děti a adolescenty (Prince-Embury, 2007), který je určený pro širokou věkovou skupinu dětí a adolescentů (9–18 let). Pokud máme k dispozici nástroj na měření resilience, můžeme cíleně zaměřovat intervence na její jednotlivé faktory a účinně ověřovat jejich úspěšnost. Monografie ukazuje čtenářům, jak lze na základě práce s administrací dotazníku rozvíjet resilienci klientů. Vše je podloženo výzkumem resilience v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež. Většina klientů nízkoprahových zařízení pro děti a mládež skórovala v případě škály emoční reaktivity výše než americký populační průměr a na škále zvládnání a uspokojivých vztahů naopak níže. Tento výsledek v naměřených hodnotách odpovídá nespecifické skupině, která byla v americké standardizační skupině v péči odborníků na psychické zdraví.

