

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2023

Vojtěch Bartošek

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Mezinárodní sociální a humanitární práce

Vojtěch Bartošek

*Možnosti a překážky v poskytování efektivní sociální práce
při redukci týrání, zanedbávání a zneužívání dětí*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vlastimil Vohánka Ph.D.

2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil jsem přitom jen uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne 30. 4. 2023

Vojtěch Bartošek

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu práce Mgr. Vlastimilu Vohánkovi Ph.D. za jeho vstřícnost a ochotu při konzultování postupu v této práci. Dále chci poděkovat Mgr. Janě Dominice Šatánkové, jež mi byla velkou psychickou oporou při jejím vytváření. Díky konzultacím s Mgr. Andreou Michalcovou, jsem dokázal lépe porozumět problematice poskytování sociálních služeb spojených s danou problematikou. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině, přítelkyni i přátelům, kteří při mně po celou dobu tvoření práce stáli.

Obsah

Obsah.....	9
Úvod.....	11
1 Postavení dítěte v průběhu historie	13
2 Rodina a její funkce.....	14
3 Vymezení jevu Syndrom CAN	16
4 Formy syndromu CAN.....	17
4.1 Fyzické týrání	17
4.2 Sexuální zneužívání.....	18
4.3 Psychické týrání.....	19
4.4 Zanedbávání.....	20
4.5 Zvláštní formy týrání a zneužívání.....	21
4.5.1 Systémové týrání	21
4.5.2 Münchhausenův syndrom	21
5 Faktory ovlivňující vznik sociálních patologií v rodině.....	22
6 Rozbor aktuální situace a syndromu CAN v ČR.....	24
7 Legislativní rámec problematiky.....	26
7.1 Kritika aktuálního stavu při vymáhání práva	27
8 Sociálně právní ochrana dětí	28
8.1 Terénní pracovník sociálně právní ochrany dětí.....	29
8.2 Ukotvení pozice sociálního pracovníka.....	30
8.3 Metody sociální práce s cílovou skupinou	31
9 Prevence syndromu CAN se zaměřením na zanedbávání	32
9.1 Primární prevence.....	32
9.2 Sekundární prevence.....	34
9.3 Terciární prevence	35

9.4	Kvartální prevence.....	36
10	Česká praxe v prevenci	37
10.1	Krizové linky pomoci	37
10.2	Případová konference.....	38
10.3	Sanace rodiny.....	39
11	Příklady dobré praxe ze zahraničí	41
11.1	Nurse – Family Partnership	41
11.2	Program pozitivního rodičovství (Tripple P).....	42
12	Sumarizace a možné výstupy	44
	Závěr.....	45
	Zdroje použité literatury.....	46
	Anotace.....	51

Úvod

Existuje jen málo věcí, které dokáží dospělého člověka zasáhnout takovým způsobem jako týrání, zanedbávání a zneužívání dětí. Proto jsem, jako téma této práce, zvolil možnosti a překážky v poskytování efektivní sociální práce při redukci těchto fenoménů. Jejím cílem je zhodnotit aktuální stav sociální práce v oblasti prevence spojené s násilím páchaným na dětech v kombinaci s hledáním rezerv a nových příležitostí pro její zlepšení.

Při svém studiu jsem se setkal s tím, že i když si oběť uvědomí rozsah a protiprávnost činů, které jsou proti ní páchány, není to zárukou, že se svěří odborníkovi, širšímu okolí, nebo že s daným problémem půjde na policii. Zůstávají tak zde případy, které nemusí být nikdy odhaleny. Pokud zde existuje potenciál, že se dítě dostane do situace, která je pro něj nebezpečná a může ohrožovat jeho vývoj, je nejdůležitější rizikům vycházejícím z takových situací předcházet. Odborníci v pozici sociálního pracovníka se zaměřením na prevenci tak mají nelehký úkol složený z vyhledávání potenciálních obětí, práce s nukleární potažmo rozšířenou rodinou i dítětem samotným. U pokročilejších druhů prevence navíc působí sociální pracovník jako koordinátor multidisciplinárního týmu. Díky tomu je možné s klientem pracovat komplexněji a řešit jeho situaci s pokrytím více aspektů jeho potřeb v rámci rodiny.

Systém, ve kterém se pak pracovník pohybuje mu při postupu k řešení situace má být oporou a poskytovat mu dostatek nástrojů pro zvládání obtíží, které z povahy jeho pozice logicky vyplývají. Práce zachycuje, zda se v rámci systému daří sociálním pracovníkům efektivně pracovat, a zda jsou nástroje kterými disponují v prevenci skutečně kvalitní.

Zároveň jsem díky srovnání programů ze zahraničí, založených na důkazech a podrobených kritickým studiím, mohl zhodnotit, zda by se díky jejich implementaci do českého prostředí mohla sociální práce v této souvislosti rozvíjet a dále posouvat.

1 Postavení dítěte v průběhu historie

Chování rodičů v průběhu dějin mělo mnoho podob od ideální výchovy dítěte po nešetrné až kruté zacházení. Syndrom CAN jako fenomén byl nicméně popsán teprve ve dvacátém století, tedy relativně nedávno. Aktuálně je na něj nahlíženo jako na sadu forem nebezpečného i trestného chování ve vztahu dospělý a dítě, zejména pokud se blízká osoba včetně rodiče vědomě dopouští krutého a poškozujícího chování. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 17)

O výchově a formách zanedbávání, včetně týrání a zneužívání nemáme mnoho pramenů, vzhledem k relativitě samotného zanedbávání, a s tím spojených jevů. To, co by dnes bylo vnímáno jako nevhodný přístup k dítěti mohlo být v minulosti vnímáno jako zcela běžný přístup. Norma se totiž s chodem dějin měnila v závislosti na aktuálním stavu společnosti. Z historických pramenů je ovšem známá soustavná snaha v boji proti týrání a zneužívání. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 17)

Jako nejčastější formou krutého zacházení se historicky vyskytovalo zabití novorozence, případně jeho odložení. Z pohledu práv dítěte lze vnímat jako nejzásadnější posun omezení dětské práce, která byla využívána na úkor školní docházky. Až do konce devatenáctého století byla normou dětská práce v rozmezí 14–16 hodin denně. Tento model se mění s příchodem století dvacátého, přičemž vznikají normy týkající se povinné školní docházky a regulace dětské práce. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 18–19)

Další pozitivní změny vznikají v meziválečném období ve snaze o pojmenování vývojových fází dítěte a jeho potřeb v závislosti na jednotlivých stádiích. Velká pozornost byla věnována vysoké dětské úmrtnosti na začátku života, jež byla razantně redukována sadou hygienických a výživových opatření. Usilovné snahy o snižování úmrtnosti dětí probíhají dodnes, což je zcela patrné. Je to přibližně 200 let nazpět, kdy celosvětová úmrtnost všech dětí byla 40 %. Od té doby se stav zlepšil a úroveň úmrtnosti klesla více než desetkrát. (Roser a kol., 2013 [online].)

O skutečné proměně stavu je však možné mluvit až od konce druhé světové války, kdy je pozornost směřována na ochranu práv dítěte a demokratizaci rodiny. Jako klíčové se později ukazuje uznání práv dítěte OSN a Spojenými národy, které se stalo závazné pro řadu zemí, včetně České republiky. (Vzdělávací institut ochrany dětí [online])

2 Rodina a její funkce

Rodinu definujeme jako původní a nejpodstatnější instituci a společenskou skupinu, přičemž ji lze označit za základní jednotku sociální i ekonomické struktury. Elementárními funkcemi rodiny je zachování lidského druhu a socializace potomstva, která je součástí výchovy potomků. Součástí je přenosu prvků typických pro určitou kulturu pomocí výchovy a zachování jejího pokračování. (Nakonečný, 2017, [online])

I Vágnerová (2012, s. 45–46) uvádí, že dítě je pomocí rodiny utvářeno takovým způsobem, že až do 10 let věku veskrze nekriticky přijímá informace prezentované rodiči vlivem jejich autority, což do velké míry formuje jeho sebepojetí. Členové rodiny mu pak slouží jako určitý model, který napodobuje a ztotožňuje se s ním, potažmo generalizuje chování rodiny a očekává chování na podobné úrovni od celé společnosti. Poruchy přizpůsobení a neadekvátní adaptivní strategie dítěte související s problematikou syndromu CAN z pohledu následujících funkcí vznikají tehdy, když významnější potřeby jedince nejsou uspokojovány v přiměřené úrovni, nebo když se nepotkává naplňování potřeb s podmínkami prostředí, ve kterém se nachází.

Aby rodina mohla efektivně existovat, musí naplňovat přinejmenším své základní funkce, které zde rozepíšu.

Pomocí biologicko-reprodukční funkce je zajištěn stálý sexuální vztah mezi manželi, přičemž jsou vytvářeny příhodné podmínky pro reprodukci. Aby se společnost mohla vyvíjet a dále existovat, je nutná stabilní základna nastupující generace, která působí jako její pokračování. (Fedor, 2019, s. 19)

Sociálně-ekonomická funkce slouží k naplnění potřeb materiálních, ale také sociální, duševní a duchovní potřeby. Aktuálně se rodina podílí na tvorbě ekonomiky státu a má zde vedle dalších subjektů nezastupitelné místo. Současně s tím na trhu působí jako konzument, přičemž trh je na této jednotce podstatně závislý. (Kraus, 2014, s. 81)

Do ochranné funkce spadá zajišťování biologických a hygienických potřeb členů rodiny, včetně jejich zdravotního stavu. Před rokem 1989 se tuto funkci snažil z velké míry nahrazovat stát například v podobě povinného očkování, pojištění. Aktuálně je kladen důraz zároveň i na jednotlivce a rodinu, přičemž se předpokládá vyšší míra spoluúčasti jak při péči o členy rodiny, tak na finančním pokrytí alespoň části výloh za státem poskytovanou péči. (Kraus, 2014, s. 82)

Socializačně výchovná funkce slouží při přípravě na praktický život ve společnosti, kdy se dítě učí jednoduchým zvykům, které jsou její normou. Je to rodič, který nastavuje výchovný přístup a normu ve výchově od liberálního, s minimem pravidel, k demokratickému, přes perfekcionista až k autoritativnímu např. s využitím násilí. Krom rodiny je tato funkce částečně plněna školskými zařízeními, která do výchovy zasahují a díky nimž je možný rozvoj dítěte. (Kraus, 2014, s. 82–83)

Nelze však opomenout oblasti, které u potomků či dětí svěřených do péče, není možné (i vlivem dědičnosti) touto funkcí zcela rozvíjet či kompenzovat. Dle Caplana (2011, s. 47–48, 50–51, 67–70) se jedná například o zdravotní stav včetně střední délky života, úroveň IQ, nebo počet zplozených dětí v budoucnu.

Poslední, zásadní a z pohledu dítěte jako klienta sociální práce nezastupitelnou, je emocionální funkce. Pokud existuje mezi rodiči pozitivní a harmonický citový vztah, je zde předpoklad, že se potomek bude po emocionální stránce správně vyvíjet (Fedor, 2019, s. 19).

V žádné jiné instituci zřejmě nelze dosahovat rozvoje po emocionální stránce v takové kvalitě a míře jako v rodině. Od 90. let minulého století lze pozorovat úpadek emocionální funkce, kvůli čtenější rozvodovosti. Zvyšuje se také číslo dětí, jež jsou emocionálně deprivované nebo týrané. (Kraus, 2014, s. 83)

Lze říci, že existuje vztah mezi kvalitou výchovy a naplňováním přirozených potřeb dítěte. Pokud výše vyjmenované funkce nejsou plněny, vyznačuje se rodina určitou mírou patologie. V tomto případě musíme pak rozlišovat, zda se jedná o dysfunkční rodinu, která neplní pouze některé ze svých funkcí a vytváří tak prostředí s určitou mírou rizika pro vývoj dítěte, nebo rodinu afunkční. V takovém případě rodina neplní žádnou z výše zmíněných funkcí. Život nových jedinců je velmi vážně ohrožený, krajně takřka nemožný. (Hanušová, 2012, s. 62)

3 Vymezení jevu Syndrom CAN

Syndromu CAN jako termín, zahrnuje spektrum forem týrání zneužívání a zanedbávání dětí. Tento jev a jeho definice je stěžejní pro profesionály z oborů sociální práce, psychologie, pediatrie a dalších vědních oborů, které se soustředí na prevenci a případné intervence v oblasti dětského zdraví, vývoje a blahobytu. Vnímám jako důležité, představit termín v této části, aby o něm měli čtenáři jasnější představu a dokázali mu porozumět.

Syndrom CAN je definován jako „Jakýkoliv nedávný čin, potažmo nečinnost ze strany rodiče či osoby zodpovědné za péči o dítě, jež má za následek úmrtí, emocionální či fyzickou újmu, sexuální zneužívání či vykořisťování.“ (Child Welfare Information Gateway, CHILD ABUSE [online])

Termín CAN je zkratkou anglického pojmenování Child abuse and neglect. Dítě je týráno, zneužíváno, nebo zanedbáváno, pokud je s ním zacházeno v rozporu se společenskou, kulturní a určitou historickou normou dané společnosti. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 16)

Za prvního, kdo přinesl ucelené poznání o násilí na dětech byl C.H. Kempe, jenž v roce 1962 publikoval s kolegy článek, ve kterém charakterizoval „syndrom bitého dítěte“ – sadu symptomů, které nebylo možné způsobit běžným zraněním. Postupem času se ukázalo, že poškození se netýká pouze fyzické, ale také emocionální a psychické stránky dítěte. Nakonec se pomocí hlubšího zkoumání přidalo sexuální zneužívání. Pojem má dnes spojitost se všemi základními formami ohrožení dítěte. (Hoferková, Švrčinová, 2010, s. 1)

4 Formy syndromu CAN

Syndrom CAN je souborem symptomů, které se projevují v souvislosti s hrubým, ponižujícím a odmítavým chováním k dítěti. Jedná se o problém, jež nepříznivým způsobem ovlivňuje jeho harmonický vývoj po tělesné, psychické a sociální stránce.

Základními formami jsou fyzické týrání, psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání. V případě, že týrání má specifickou podobu, jedná se o systémové týrání a Münchhausenův syndrom. Je důležité zdůraznit, že všechny formy, kterým se v následujících podkapitolách věnuji, jsou pro děti ohrožující a mohou na ně mít negativní dopad při dospívání i v dospělém životě, přičemž poškození může být nevratné.

4.1 Fyzické týrání

Tělesné týrání je záměrné projevování násilného jednání vůči dítěti ze strany rodičů nebo jiných osob, které přímo vede k tělesnému utrpení, újmě na zdraví až smrti dítěte. Za jednání nese odpovědnost osoba, která aktivně činí utrpení dítěti, ale také osoba, která je přítomná a násilnému jednání nezabrání. Totéž platí pro odpovědnou osobu, jež nezajistí dostatečnou prevenci újmy na zdraví, či úrazu nezletilé osoby svěřené do jeho péče. (Fedor, 2019, s. 59)

Tělesné týrání se rozděluje na dvě formy. Prvním je aktivní forma, kdy se jedná o násilné vědomé jednání rodičů, nebo jiných osob, při kterém je způsobeno tělesné utrpení, fyzické zranění, poškození zdraví, až smrt týrané osoby. Odpovědnost za toto jednání nesou nejen osoby, jež ho vykonávaly, nýbrž i ty, jež se ho zúčastnili a nezabránily mu. Vinné jsou též osoby, které mají za dítě zodpovědnost a selhávají při předcházení úrazů nebo poškození zdraví dítěte. (Hoferková, Švrčinová, 2010, s. 3)

Z konkrétních příkladů jednání lze uvést bití dítěte – pohlavkování, údery pěstmi a předměty, tahání dítěte, smýkání, kopání, kousání, pálení žhavou cigaretou či jinými rozpálenými předměty, opaření vodou, jeho topení, škracení, poutání dítěte a zranění způsobené bodnou nebo střelnou zbraní. (Fedor, 2019, s. 59)

Pasivní forma se vyznačuje nepochopením rodičovské role, kdy dochází ke zneužívání práv a neplnění nutných a zákonem daných povinností, které z ní vyplývají. Mezi jevy, které se pojí s touto formou lze řadit nedostatečnou výživu nezletilce jak v kvalitě stravy, tak v jejím množství. Patří sem zamezování či neumožnění přístupu lékařské péče v případě prevence i při nutné léčbě. Lze se setkat s nevyhovující úrovní životních podmínek v podobě přístřeší, zázemí, vzdělání a výchovy. (Hoferková, Švrčinová, 2010, s. 3)

Je uváděno, že pokud má rodič zkušenost s vlastním týráním, zanedbáváním a fyzickým trestáním, existuje zde opodstatněný předpoklad, že své dítě bude týrat. Rodiče týraných dětí mohou přenášet svou zkušenost z dysfunkčních rodin původu, přičemž zde svou roli hrají narušené vztahy spojené s hádkami, jež nezřídka vrcholí násilnou konfrontací. (Vágnerová, 2012, s. 595)

Mezi faktory, jež mají vliv na fyzické týrání, můžeme řadit nekomunikaci, netoleranci, nebo třeba odmítání. Svůj podíl nese též, zda např. rodič se zvýšeným sklonem k násilí stojí o narození dítěte či nikoli. Agresivní projevy mohou vycházet z nahromaděného napětí, přičemž nespokojenost a absence vzájemné podpory je ventilována na nejslabším článku, dítěti. Zvýšená četnost týrání je uvedena u nezletilců, kteří se liší od normy a rodiče nějakým způsobem vyčerpávají nebo provokují. Agresivní chování se při tom posunuje od jednotlivých případů do patologického vzorce chování s tendencí opakovat se. (Vágnerová, 2012, s. 594–595)

Pokud se přejde od nahodilého týrání k jeho normalizaci ve výchově, je ohrožený vývoj dítěte. Prostředí rodiny totiž neumožňuje řádnou péči a může docházet k poškození na fyzické i psychické úrovni. (Elliot, Place, 2002, s. 94)

V konkrétním případě podvýživy, mohou negativní změny vést ke svalové atrofii, či zvýšené lámavosti kostí. Při neposkytnutí zdravotní péče, či její vědomé odmítnutí, může proces končit i smrtí dítěte. (Hoferková, Švrčinová, 2010, s. 3)

Ukázalo se, že děti, na nichž bylo pácháno opakované fyzické násilí, inklinují při neúspěchu k agresivnímu chování častěji, než jejich vrstevníci. Pokud jdeme dál a soustředíme se na dospívání, je u těchto dětí sklon k agresivním hádkám a podléhání emocím spojených s pocitem zlosti. Inklinace k násilnému chování se ve větším měřítku projevuje též v dospělosti v oblastech emoční regulace, attachmentu k rodičům, vztazích s vrstevníky a uvědomování si sebe sama. (Elliot, Place, 2002, s. 94–95)

4.2 Sexuální zneužívání

K sexuálnímu zneužívání dochází nevhodným vystavením dítěte aktivitám sexuálního charakteru, čili kontaktu, jednání a činnosti. Dochází k němu mnohdy kombinovaně s tělesným týráním. Psychické poškození je zastoupené pravděpodobně u většiny obětí. Může mít jednorázovou podobu, ale častěji k němu dochází opakovaně. (Hoferková, Švrčinová, 2010, s. 7)

Lze jej rozdělit na dotykovou a bezdotykovou formu. Bezdotyková forma se projevuje nucením nezletilé osoby k pořízení intimních fotografií a prohlížení médií s pornografickým obsahem. Řadíme sem též verbální zneklidňování dítěte, plácání po hýždích, těsné objímání sexuálního charakteru, dále hovory přes telefon, ale i na internetových platformách a vystavování intimních partií, či přímo přirození dospělé osoby pohledu dítěte. Dotyková forma je vážnějšího charakteru, přičemž zahrnuje osahávání intimních partií, líbání, penetraci pomocí vniknutí prstů, jazyka, či údu do vagíny nebo konečníku dítěte, intrafemurální pohlavní styk (sex mezi stehna) a obchodní zneužívání dětí (prostituce, pořizování pornografie). (Špeciánová, 2003, s. 23)

Chlapci i děvčata začínají masturbovat nepoměrně dříve než jejich vrstevníci, přičemž v pozdějším věku se projevuje značná promiskuita. (Fedor, 2019, s. 112)

Pro dítě je též ex post obtížné rozlišit projevy sympatií od sexuální aktivity. Objevují se příznaky PTSD – posttraumatické stresové poruchy, kdy si oběť ve formě záblesků (flashback) prožívá situaci několikrát znovu. Z pohledu vývoje jedince je charakteristická nízká míra sebevědomí, opoziční vzdor, deprese a úzkosti. Mohou se objevit poruchy příjmu potravy a závislostní chování. Tento stav se může rozvinout na úroveň, kdy se u oběti projeví sebevražedné sklony. (Elliot, Place, 2002, s. 97)

Vliv na oběť odvisí od formy zneužívání, věku a vývojové fáze dítěte. Dalšími faktory jsou prostředí (zda je nezletilec stále v kontaktu se zneužívající osobou), copingové strategie pro zvládnutí traumatu na straně dítěte, a to jakým způsobem umí emoce oběti zpracovávat pečující osoba. Tato forma syndromu CAN častěji zasahuje dívky, a to více než dvojnásobně oproti chlapcům. (Elliot, Place, 2002, s. 96)

4.3 Psychické týrání

Jedná se o soubor jednání, které negativním způsobem působí na emocionální a psychický stav dítěte, včetně jeho celkového chování. Tím se rozumí ponižování, odmítání, zastrašování, společenská izolace, využívání a uplácení dítěte ve prospěch dospělého a učení dítěte chování v rozporu s morálkou společnosti. (Fedor, 2019, s. 88)

Stejně jako u tělesného týrání má i psychické aktivní a pasivní formu. K aktivní formě patří jednání, jež jednoznačně způsobuje poškození psychických funkcí dítěte v podobě snižování jeho důstojnosti a sebedůvěry. Jsou to například ponižování, zastrašování, nadávky, projevy verbální agrese, nadměrně silná kontrola dospělým a odmítání dítěte. (Špeciánová, 2003, s. 21)

Jde sem zařadit i nadprůměrná expozice dítěte rodinným hádkám, kdy se dítě projevuje úzkostlivě kvůli bezpečí rodičů a ve vztahu k fungování rodiny v budoucnosti. Pasivní forma se překrývá s psychickým zanedbáváním. Zejména soustavné odmítání kontaktu, nedostatek projevů rodičovské lásky, přijetí, nebo zamezování kontaktu s vrstevníky a autoritativní přístup ve výchově zde fungují jako prostředky způsobující utrpení. (Fedor, 2019, s. 88–89)

Tato forma týrání dítěte je obecně nejvíce rozšířenou a velmi obtížně rozpoznatelnou. Komplikovaná je tak práce s oběťmi při jejím diagnostikování i dokazování u soudu. Následky, se kterými je možné počítat, zasahují nejsignifikantněji mezilidské vztahy. (Špeciánová, 2003, s. 21)

Jako jeden z faktorů, jež může stát za touto formou týrání, je například nízké sebevědomí pečující osoby, kompenzované rostoucí potřebou kontroly dítěte. Dalším příkladem je fokus na vlastní zájmy a obtíže se stran pečujících osob, kdy je pro nedostatek času a ochoty je dítě zanecháno bez jejich nezbytné psychické angažovanosti a péče. Psychické týrání se objevuje také v kombinaci s fyzickým trestáním. (Vágnerová, 2012, s. 595)

Psychické projevy takto týraného jedince jsou charakteristické svou ambivalencí a nestálostí. Některé děti se staví do pozice stále se obviňujícího a podceňovaného, nebo se projevují nadprůměrnou agresí. V dospělém věku se objevuje potenciál pro rozvinutí závislostní chování, deprese případně poruch příjmu potravy. (Špeciánová, 2003, s. 21)

4.4 Zanedbávání

Zanedbávání lze charakterizovat jako nedostatek nezbytné péče o dítě, v jejímž důsledku dochází ke škodě na jeho fyzickém a psychickém vývoji či ohrožení na životě. Takové jednání může být úmyslné i neúmyslné. Zanedbávání se překrývá s pasivními formami fyzického a psychického týrání a může se objevovat v kombinaci s jejich aktivními formami. Úzce souvisí s aktuálními společenskými normami a stavem práv dětí jako lidských bytostí. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 26–27).

Zanedbávání se dá rozdělit do tří následujících forem. Fyzické zanedbávání je nejlépe detekovatelné kvůli zdravotním komplikacím. Jako příklady zde jsou vyloučení dítěte z domácnosti, absence adekvátního dohledu a ochrany před úrazy, a zejména pak opuštění dítěte, které je pro svou fatalitu považováno za nejtěžší formu zanedbávání. Emocionální forma se vyznačuje nedostatečnou emoční podporou, existencí maladaptivního chování při plném vědomí rodičů, případně odmítnutí profesionální psychologické pomoci. Forma zanedbání výchovy a vzdělávání je spojená s dlouhodobou nepřítomností a často neomluvenou školní docházkou spojenou se vzděláváním, jež je zároveň spojeno s nízkou úrovní výchovy v rodině. Lze sem zařadit také nerespektování doporučení souvisejících se speciálními potřebami dítěte ve vzdělávání. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 92–93, 103–104)

Lidé, jež nedisponují rodičovskými kompetencemi, mohou být těmi, kdo nakonec začnou péči o dítě zanedbávat. Může se jednat o tělesně či psychicky hendikepované, případně o drogově závislé. Podprůměrná socioekonomická situace rodiny spolu s komplikovanými vztahy v širší rodině zde také hraje svoji úlohu. (Vágnerová, 2014, s. 594)

Při zanedbávání se prohlubují nedostatky dítěte po všech stránkách vývoje. Důsledkem nezajištění kompenzačních pomůcek se mohou prohloubit deficity a vzniknout trvalý handicap. Objevují se změny v chování v důsledku deprivace základních potřeb dítěte a vlivem prostředí ve kterém se musí pohybovat. Při absenci včasné intervence jsou tyto patologické vzorce chování fixovány a jedinec se dostává častěji do střetů se zákonem. Oběť může též v dospělém životě čelit obtížím při hledání zaměstnání. (Fedor, 2019, s. 132)

4.5 Zvláštní formy týrání a zneužívání

4.5.1 Systémové týrání

Existují případy, kdy při působení utrpení dítěti hraje největší roli systém, který sice funguje v rámci platných právních norem a předpisů s úmyslem dítěti prospět, ale efektem diametrálně odlišným od toho původně zamýšleného.

Příkladem zde může být odebrání dítěte z péče rodičů bez zvážení alternativních přístupů sociálním pracovníkem v rámci jeho nejlepšího zájmu. Jako příklady lze jmenovat zahrnutí rodinné konference nebo sanace rodiny. (Hoferková, Svrčinová, 2010, s. 10)

4.5.2 Münchhausenův syndrom

Tento syndrom byl poprvé zaznamenán ve vztahu k vlastní osobě v podobě trýznění sebe sama. Lidé, kteří jím trpí, si vymýšlejí často neuvěřitelné příběhy, případně si vyvolávají fyzické či psychické příznaky různých chorob. Cílem je pak vyvolat dojem, že je nutné podstoupit řadu lékařských vyšetření. Při týrání dítěte je o něm hovořeno tak, že je v zastoupení odpovědné osoby, na jejíž přání jsou tyto prohlídky prováděny. Tato forma týrání je velice těžko odhalitelná a potenciálně smrtelná. (Fedor, 2019, s. 144)

5 Faktory ovlivňující vznik sociálních patologií v rodině

Tato kapitola se zaměřuje na představení sady faktorů, které mohou přispívat ke vzniku sociálních patologií v prostředí rodiny. Vnímám jako zásadní tyto faktory uvést v rámci hlubšího pohledu na danou problematiku a podtrhnout její komplexnost.

Existují různé rizikové faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku syndromu CAN. Objevují se na straně dítěte i rodiče. Zanedbávání, týrání a zneužívání se vyskytuje ve všech společenských vrstvách. Převahu zde nicméně tvoří osoby s podprůměrným socioekonomickým statusem a nízkým vzděláním rodiny. Z dalších podstatných faktorů zde figuruje opakování nefunkčních vzorců rodinného soužití, přičemž jeden nebo oba rodiče pocházejí z nefunkční rodiny. (Badová, Petrenko, 2020, s. 6, [online])

Obecně lze rizikové faktory vztáhnout k těmto kategoriím:

- vztahy v rodině
- struktura rodiny
- vztah rodičů k dítěti
- tělesné nebo osobnostní charakteristiky, které komplikují péči o dítě

Neexistuje skupina dětí, které by se syndrom CAN zcela vyhýbal. Z valné většiny k ohrožení přispívá nízká informovanost dětí ohledně lidského těla a funkce sexuality. Existuje souvislost mezi vyšším výskytem syndromu v rodinách, které jsou disfunkční a afunkční, přesto lze pozorovat i v úplných rodinách. Platí, že s vyšším věkem dítěte, tím, jak stoupá jeho informovanost a dozrává osobnost, se riziko snižuje a ubývá rizikovosti. (Hanušová, 2012, s. 62)

Rodiče, kteří mají větší předpoklady pro týrání a zneužívání, mají v mnoha případech sami zkušenost s podobným přístupem z původní rodiny. Určité negativní normy chování, jako třeba podcenění nutnosti věnovat dětem dostatek času při výchově, se tak přenáší do dalších rodin, případně sociálních skupin. Objevuje se zde nízká frustrační tolerance spojená s agresivními projevy, a to jak ve vztahu rodiče k dítěti, tak v partnerských vztazích. (Matoušek, 2010, s. 29)

Souvislost je zaznamenána se závislostním chováním, jež se často pojí s poruchami psychického rázu. Mezi další faktory jde jmenovat chronické onemocnění, nestejnomyrný vývoj osobnosti, netypický způsob života (sekty) atd. (Špatenková, 2011, s. 126)

Častější výskyt špatného zacházení je typický pro děti, jež jsou vývojově pozadu oproti svým vrstevníkům a jejich chování je v rozporu s přesvědčením rodičů o tom, jak by se chovat měly. Jako více rizikové jde označit též děti, jež nejsou klidné a nedají se jednoduše upokojit. Svou roli zde hrají též tělesné odlišnosti, poruchy smyslového vývoje a psychické abnormality. (Matoušek, 2010, s. 29)

Potenciálně nebezpečné jsou i specifické situace. Typickým příkladem jsou vyhrocené partnerské vztahy v manželství či v soužití, přičemž jsou partneři vystaveni stresu. Riziko týrání a zanedbávání se zvyšuje s příslušností k etniku či minoritě, chudobě a životu v rurálních oblastech. V případě sexuálního zneužívání je to potom dysfunkční rodina doplněná o partnera, jenž nechová rodičovské pouto k dítěti, nebo když dítě opustí prostředí rodiny a je svěřeno cizí osobě (tábory, zájmové aktivity...). (Elliot, Place, 2002, s. 100)

6 Rozbor aktuální situace a syndromu CAN v ČR

Pro doplnění kontextu vnímám hodnotu v představení hodnot, které naznačují, kolik lidí v České republice si prošlo určitým druhem nežádoucí zkušenosti spojené se syndromem CAN. Zdá se totiž, že mnoho případů zůstává neobjasněno, vzhledem k neochotě občanů a odborné veřejnosti z oblasti školství se aktivně angažovat v možnostech identifikace těchto případů.

V roce 2019 byl proveden výzkum, jehož účelem bylo odhadnout míru týrání a negativních zkušeností se syndromem CAN. Výzkumný vzorek se sestával z 1760 náhodně vybraných studentů z pěti českých univerzit. Výsledky naznačují relativně vysoký počet účastníků, u nichž se prokázala alespoň jedna z forem syndromu CAN. Nyní uvedu jednotlivé formy syndromu a procenta účastníků studie, kteří v jejím průběhu uvedli, že s nimi do 18 let věku měli zkušenost. Fyzické týrání (17,1 %), psychické týrání (20,7 %), sexuální zneužívání (6,4 %) a zanedbávání (8 %). Z výzkumu mimo jiné vyplývá, že tyto formy syndromu jsou rozšířeným problémem, který se dotýká české společnosti a je tedy potřeba soustavně pracovat na jejich snižování. (Velemínský a kol., 2019, s. 1)

Existují prameny poukazující na skutečnost nedostatečné informovanosti pedagogických pracovníků v této věci. Kalibová uvádí, že nadpoloviční většina z 200 pedagogických pracovníků, u kterých zkoumala přehled jejich informovanost v oblasti syndromu CAN nezná jeho projevy a zároveň nedisponuje postupy, jak přistupovat k obětem tohoto fenoménu, pokud by se s nimi setkala. Mezery v informovanosti mohou přitom vést k nedostatečné míře pomoci a podpory obětem při včasné detekci. (Kalibová, 2011, [online])

S touto skutečností se zároveň může spojovat riziko nezapojení tématu syndromu CAN do školních programů prevence, vzhledem k této nízké informovanosti. Určitým řešením by tak mohla být podpora spolupráce pedagogických a sociálních pracovníků v prostředí škol a preventivních programů. Zároveň je potřeba nepaměnat na širokou veřejnost a zvyšovat nabídku programů podporujících pozitivní rodičovství.

Pokud primární prevence v těchto oblastech selhává, mohou se případy extrémnějších forem syndromu CAN kumulovat v následných stupních prevence a projevovat se v drastičtějších podobách. Když se tedy zaměříme na sekundární a terciární prevenci, je výhodné následně vycházet z předem stanovených odborných postupů pro konkrétní stupně ohrožení dítěte. Praxe ukazuje, že obecně je výhodnější využívat doporučené postupy dle stupně ohrožení před často nahodile volenými intervencemi. S tím je spojená potřeba jejich kvalitní evaluace. Intervence v rámci jednotlivých stupňů prevence musejí být systematicky vyhodnocovány v rámci jednotlivých opatření. (Badová, Petrenko, 2020, s. 10, [online])

Sekundární a primární prevence se do určité míry musí potýkat s roztržitostí institucí, do jejichž gesce spadá problematika ohrožených dětí. Může to být jedním z důvodů, proč systém sdílení informací není tak efektivní, jak by teoreticky mohl být, a to jak na lokální, tak celorepublikové úrovni. Chybí totiž celostátní databáze, kde by bylo možné evidovat ohrožené děti a jejich rodiny. Výzvou tedy zůstává její zavedení. (Badová, Petrenko, 2020, s. 10, [online])

Při sbírání dat je velkou výzvou absence konzistentního a průkazného monitoringu u poskytování péče spolu se systémem posouzení efektivity určených intervencí. Pro sběr informací je smysluplným krokem též nově zavést sledování rizikových situací, které souvisejí s výskytem syndromu CAN. (Badová, Petrenko, 2020, s. 10, [online])

Celkově je tedy jasné, že aktuální stav preventivního působení odborné společnosti, vyžaduje větší zapojení všech subjektů. Zahrnuje to nejen rodiče dětí a pedagogické pracovníky, ale i odborníky a veřejné činitele. Je potřeba podporovat společenskou informovanost v této problematice a pracovat na opatřeních, která by podpořila zejména primární prevenci, ale také záchyt a průkazný monitoring u poskytovaných jednotlivých druhů služeb.

7 Legislativní rámec problematiky

Stát má povinnost chránit děti před jakoukoli podobou syndromu CAN, což je stvrzeno ústavními a mezinárodními normami. Sociální pracovník, který se touto problematikou zabývá, zachází s velmi citlivými informacemi, které by neměly být zveřejňovány jak v průběhu poskytování služby, tak po ukončení pracovního poměru. Je proto povinen dodržovat mlčenlivost, které může být zbaven pouze soudem za účelem poskytnutí informací týkajících se trestního řízení. Do problematické situace se sociální pracovník může dostat, pokud se při výkonu práce setká s informacemi, ze kterých lze vyvodit skutková podstata spáchání trestného činu. (Poradna SPOLU, Povinná mlčenlivost [online])

Existuje zde oznamovací povinnost, podle které je stanoveno, že kdokoliv, (včetně sociálních pracovníků) zjistí jakoukoliv formu syndromu CAN, musí tuto skutečnost ohlásit orgánu sociálně právní ochrany dětí, nebo v případě nutnosti policii. Pokud tak neučiní, sám je pak vystaven nutnosti čelit zodpovědnosti za splnění skutkové podstaty nepřekážení trestného činu. (Hanušová, 2012, s. 62)

Jako nejvýznamnější dokumenty z pohledu validity dětských práv lze vnímat dokumenty, platné na mezinárodní úrovni, jimiž jsou Deklarace práv dítěte, Charta práv dítěte, a Úmluva o právech dítěte. Nejdříve bylo prosazeno, aby státy, jež přistoupí k Deklaraci, poskytovaly co nejlepší péči, ochranu a rozvoj všem dětem, pokud by se dostaly do sebevíc nepříznivé situace. Následně je v Chartě stanoveno prosazování optimálního vývoje každého dítěte, včetně jeho ochrany tam, kde by byl ohrožen jeho prospěch v jakékoliv formě. Jako poslední byla vydána Úmluva o právech dítěte, která přiznává lidská práva dětem na celém světě. Státy, jež ji přijmou, mají povinnost implementace jejího obsahu v určité podobě do svého vlastního zákonodárství. Tato úmluva byla rozšířena o dva Opční protokoly. První vymezuje zapojení dětí do ozbrojených konfliktů a Druhý se týká prodeje dětí, dětské prostituce a pornografie. Česká republika z výše zmíněných přijala všechny, až na Druhý Opční protokol. (Hanušová, 2012, s. 63)

Díky přijetí těchto dokumentů byla značně upevněna pozice dětí v českém i světovém kontextu spolu s důrazem na jejich zvláštní nutnost ochrany.

Stěžejním dokumentem, který je stanoven v rámci českého zákonodárství, je Listina základních lidských práv a svobod, konkrétně její článek 32. Ten přináší ochranu rodiny, spolu s garancí péče a výchovy dětí pro rodiče, dohromady se zajištěním rodičovské výchovy a péče pro děti. Je zde stanoveno, že děti mohou být od rodičů odloučeny proti své vůli, výhradně, pokud tak rozhodne soud. Je psáno, že pokud se osoba pečující o své děti ocitne v nouzi, může požádat o pomoc ze strany státu, aby byla zajištěna funkce rodiny a předešlo se negativním dopadům možné sadě nepříznivých situací do budoucna. (Bechyňová, Konvičková, 2011, s. 45)

Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů je uceleným soupisem, který je důležitý zejména ve vymezení působnosti orgánů, jež zajišťují sociálně právní ochranu dětí. Sociálně právní ochrana obsahuje předně zajištění práva dítěte na příznivý vývoj, ochranu jeho oprávněných zájmů a působení, jehož vlivem by mělo dojít

k obnovení narušených funkcí rodiny. Ochrana před syndromem CAN je tak při pohledu na její zakotvení v legislativě doma i ve světě jasně zřetelná. (Bechyňová, Konvičková, 2011, s. 47)

Problematika zasahuje do celého spektra dalších právních předpisů, jejichž platnost působení spadá do mnoha oblastí dle působnosti profesionálů, v jejichž zájmu je blaho dítěte, práce s oběťmi a pachateli, či samotné potrestání a zacházení s pachateli trestných činů spojených s touto problematikou. Lze sem zařadit například školství, zdravotnictví, občanskoprávní oblast nebo oblast trestní. (MPSV, Rodina a ochrana práv dětí [online])

7.1 Kritika aktuálního stavu při vymáhání práva

Soudní procesy s oběťmi a pachateli jsou potom nedílnou součástí problematiky spojované s překážkami v poskytování efektivní sociální práce spojené se syndromem CAN. Z akčního plánu pro prevenci domácího a genderově podmíněného násilí vyplývá, že je nutné provést změny, vzhledem k nedostatkům při sjednávání spravedlnosti. Asi nejzásadnější je nedostatečně zajištěné bezpečí pro nezletilé. Dochází k sekundární viktimizaci kvůli opakovaným výslechům, což může vést k obnovování traumatu kvůli nepřiměřenému tlaku na děti. (Badová, Petrenko, 2020 s. 12 [online])

Sekundární viktimizace se pojí též s často neprávě zvoleným postupem mediace jako možnosti narovnání vztahů mezi obětí a pachatelem. (ÚV ČR, 2019, s. 46 [online])

Je nutné upravit systém vzdělávání, aby soudci měli o problematice dostatečný přehled. Současná situace, kdy neexistuje specializace soudců v oblastech genderově podmíněného a domácího násilí v kombinaci s pokročilým věkem soudních znalců hraje v neprospěch obětí a jejich řádné satisfakce. V praxi se stává, že ohrožené osoby nemají informace o aktuálním vývoji trestního řízení z hlediska jeho fází. Následně pak i z těchto uvedených důvodů pak bohužel nejsou řádně odškodněny. (ÚV ČR, 2019, s. 47–48 [online])

8 Sociálně právní ochrana dětí

Hlavními orgány z pohledu principů a rozhodování jsou zde soudy, ovšem z pohledu sociálně právní ochrany jsou to specializované orgány. Každý orgán má z pohledu prevence a poradenské činnosti odboru sociálně právní ochrany dětí odlišné kompetence v podobě práv a povinností.

Obecně je lze instituce s jejich právy a kompetencemi dělit takto:

- Obecní úřad, který je nejnižší úrovní výkonu veřejné správy se soustředí zejména na prevenci a poradenství. V případech, kdy se vyskytnou okolnosti, které poukazují na přítomnost dítěte v ohrožení kontaktují obecní úřad s rozšířenou působností.
- Obecní úřad s rozšířenou působností se soustředí na práci s jednotlivými rodinami a omezení nepříznivých vlivů, jež mohou ovlivňovat vývoj dítěte. S rodinami probíhá šetření, jež se dokumentuje a postupuje se v závislosti na závažnosti každého případu.
- Krajský úřad má hlavní roli řešení náhradní rodinné péče. Do oblasti jeho působení spadá zajištění celého procesu, do něhož spadá udělování pověření o sociálně právní ochrany osobám, poradenská činnost, jež souvisí s procesem svěřením dítěte do péče jiné osoby, osvojení dítěte. Spadá sem též metodická a koncepční činnost.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí.

Pokud se zaměřujeme na sociální pracovníky, kteří mají mimo ostatní činnosti na starosti preventivní a poradenskou činnost v oblasti sociálně právní ochrany dětí, je řeč o terénních pracovnících odboru sociálních věcí. Tento odbor je na obecním úřadě s rozšířenou působností. (Smrž, 2023 [online])

Díky situování pracovníků, kteří vykonávají činnosti preventivního charakteru na tento úřad, je možné směřovat preventivní činnost více lokálně. Zásadní roli zde hraje také to, že pracovníci odboru sociálních věcí na městském úřadě obce s rozšířenou působností mají ze zákona povinnost pořádat v rámci poradenské činnosti přednášky a kurzy které jsou zaměřené na řešení výchovných, sociálních a dalších problémů, které mají souvislost s výchovou dítěte a péčí o něj. (Zákon č. 359/1999 Sb., § 11)

V tomto kontextu je důležité zmínit, že samotný systém sociálně právní ochrany, který má za úkol chránit zranitelnou skupinu dětí se dlouhodobě potýká s podfinancováním. To platí nejen pro odborníky z řad OSPOD, kteří se navíc musejí potýkat s určitou mírou stigmatizace své profese. Nízká úroveň péče je zapříčiněna také nedostatkem kvalifikovaných expertů zejména z řad dětských psychiatrů a poskytovatelů následné péče. Pokud systém selhává, často je neúspěch připisován na vrub sociálnímu pracovníkovi přesto, že se v rámci procesu práce s dítětem jako klientem nepohybuje sám, nýbrž v multidisciplinárním týmu. (Badová, Petrenko, 2020, s. 16 [online])

8.1 Terénní pracovník sociálně právní ochrany dětí

V rámci prevence a péče o nezletilé oběti a leží velká zodpovědnost na terénních sociálních pracovnících SPOD. V případě, že existují důvody pro podezření, že je dítě ohroženo určitou formou syndromu CAN, funguje terénní pracovník jako osoba, která případy svým vlastním působením vyhledává. Společně s tím pracuje na řešení jednotlivých rodinných problémů, poskytuje potřebnou ochranu dítěti a podporu rodině.

Cílem jeho práce je v první řadě ochrana klienta v podobě dítěte a jeho oprávněných zájmů, přičemž k tomu využívá řadu nástrojů. Do kompetencí v rámci prevence spojených s výkonem pozice spadá preventivní a poradenská činnost, sociální šetření v rodině, tvorba vyhodnocení situace rodiny a dítěte, tvorba individuálního plánu dítěte, pořádání případových konferencí, navrhování postupů a opatření spojených se sanací rodiny (Bechyňová, 2020, s. 25–26)

Terénní pracovník SPOD působí při vyhledávání dětí, které jsou v ohrožení a poskytuje jim nezbytnou pomoc. K ohroženým dětem se pracovníci dostávají zejména na základě anonymního udání nebo zprostředkovaně – pomocí krizových linek pomoci dětem, se kterými spolupracují. Podnět k prošetření konkrétních případů může vzniknout i na základě podezření pracovníků OSPOD, a to na základě vyhodnocení prostředí ve kterém se děti pohybují za ohrožující z hlediska jejich vývoje a výchovy. (Zákon č. 359/1999, §10)

Pracovník SPOD vykonává sociální šetření v místě bydliště a v rámci něho mohou pracovníci získávat informace od zaměstnavatele pečujících osob, školy dítěte a dalších institucí. Po celou dobu je pracovník součástí multidisciplinárního týmu, bez kterého by nebylo možné správně vyhodnocovat jednotlivé případy. Spolupracuje jednak na osobní anamnéze, a pak na rodinné anamnéze. Na základě těchto anamnéz pak vzniká sociální diagnóza. (Nakonečný, 2017, [online])

Toto vyhodnocení slouží jako podklady pro další profesionály, kteří jsou součástí při procesu práce s rodinou, ať už jde o orgány činné v trestním řízení, nebo pro odborníky, jejich služby jsou poskytovány v rámci navazujících služeb jako jsou např. terapie.

Aby bylo možné efektivně vykonávat práci na této pozici, musí mít pracovník komunikační a poradenské schopnosti, schopnost pracovat v týmu a dobrou znalost právních předpisů týkajících se péče o rodiny s dětmi a mladistvými. Při práci s dětmi jako klienty

v rámci rodiny, musí umět navodit pocit bezpečí a pohody, aby bylo možné navázat s klientem a jeho okolím určitý vztah. Mimo to je též nezbytné, aby byl schopen zvládat administrativní a dokumentační práci spojenou s poskytováním pomoci a podpory jednotlivým rodinám. (Vargová, Mydlířová, 2020, s. 25)

Pokud selžou mechanismy prevence, je nutné přistoupit k řešení situace spojené se zanedbáváním dítěte soudní cestou, přičemž je zohledňován posudek sociálního pracovníka.

Na základě šetření zpracovávají podklady pro soudní řízení s určitým návrhem na opatření, jako je například soudní dohled nad dítětem, zbavení rodičovské odpovědnosti, případně umístění dítěte do dětského domova, diagnostického ústavu, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu. (Bechyňová, 2011, s. 25–26)

Ve vážných případech soud rozhoduje, zda bude dítě ponecháno v původní rodině, umístěno do náhradní rodinné péče nebo do institucionální péče. (Matoušek, 2010, s. 33)

Po vydání určitých ustanovení soudem je pak také na sociálních pracovnících, aby dohlíželi na jeho plnění. (Bechyňová, 2011, s. 26)

Při vstupování dalších aktérů do procesu sociální práce, dochází k určitému zmatení rolí v multioborové spolupráci, vzhledem k nejasnosti kompetencí jednotlivých aktérů. Postupy musejí být náležitě koordinovány, což nemusí být v takové situaci jednoduchým úkonem. Zároveň neexistuje platforma, přes kterou by docházelo ke spolupráci odborníků v jednotlivých oblastech spolupráce. (Badová, Petrenko, 2020, s. 14 [online])

8.2 Ukotvení pozice sociálního pracovníka

V jednotlivých krajích se postavení pracovníka sociálně právní ochrany dětí liší. Je to i kvůli metodickému vedení, jež zatím není celorepublikově sjednocené. Pracovníci se nachází z pohledu metodického vedení na poměrně tenkém ledě, vzhledem k povaze své pozice. Jednak mohou být vystaveni politickým tenzím, jako zaměstnanci obecních úřadů, a potom chybí mechanismy na jejich ochranu při přímém výkonu povolání. (Badová, Petrenko, 2020, s. 14 [online])

Může se stát, že vedení si nepřeje, aby pracovník věnoval prevenci tolik času, kolik by bylo třeba, na úkor vedení jednotlivých případů již odhaleného násilí.

V rámci metodického vedení je velkým problémem nejednoznačnost toho, jak postupovat při navracení dítěte do rodiny původu a jednotného postupu při prvotních znacích zanedbání povinného předškolního vzdělávání. Je potřeba zvyšovat kompetence pracovníků mimo odvětví OSPOD, aby bylo možné snáze identifikovat ohrožené jedince i správně provádět intervence. (Badová, Petrenko, 2020, s. 14–15 [online])

8.3 Metody sociální práce s cílovou skupinou

Práce s rodinou je poměrně obtížnou disciplínou, protože se pracuje s větší skupinou lidí, kteří jsou spolu určitým způsobem spojeni ať už pokrevně, nebo pomocí vztahu, či jiného pouta. Pro poskytování efektivní prevence zanedbávání, týrání a zneužívání připadá v úvahu použití komplexního přístupu, který je schopný pojmut takto obsáhlou problematiku. Právě proto se při práci s rodinou uplatňuje systemický přístup. Trend jeho uplatňování platí obecně i při terapiích, kde se přístup využívá například při práci s jednotlivcem, partnery nebo skupinami zejména díky svému širokému uplatnění. (Gjuričová, 2007, s. 129)

Existují též modifikace tohoto směru, jež přesahují do koučinku a narativního managementu. I díky tomu z něj čerpá inspiraci projekt Triple P, který je celosvětově velmi efektivní při práci s rodinou.

Systemický směr se formuje v době, kdy si své místo nachází kybernetika v počítačových vědách a v biologii teorie obecných systémů, ze kterých si mnohé odnáší. Vychází se z předpokladu, že pokud máme kvalitně pochopit určitý organismus jako celek, musíme se zaměřit na jeho části. Při zkoumání částí je pak možné se zaměřit na jejich vztahy s ostatními částmi systému, aby pak celek dával smysl. Právě z tohoto pojetí se později odvíjí logické seskupení multidisciplinárního týmu při snaze nacházet příčiny a rozsah situace klienta, jenž může vést k odhalení forem a stádií potenciálního zanedbávání či týrání nebo zneužívání.

Systemický přístup chápe člověka jako samostatný a schopný systém, který se nachází ve společnosti. Více jednotlivců je pak chápáno jako sociální systém. Jednotlivce, a to jakým způsobem se projevuje, je pak možné zkoumat jedině v sociálním kontextu, ve kterém se dlouhodobě pohybuje. (Gjuričová, 2007, s. 129)

Vychází zároveň z charakteristik osobní angažovanosti v případě, vstupní pozice pracovníka vůči klientům spojená s osobním očekáváním od klientů, kontextu-širší souvislosti a rozlišení mezi zadavatelem jako kontrolorem kvality práce a cílovou osobou čili příjemcem služeb. (eStránky, sociální práce [online])

Při práci s klientem je leitmotivem objevování hotového světa, díky nástrojům, kterými klient sice může disponovat, ale zatím je nevyužívá, nebo dokonce o jejich existenci zatím nemá ponětí. Při jeho uplatňování je sociální pracovník pozorovatelem procesu, přičemž ovlivňuje pozorování svou přítomností. Pracuje se zde s tím, že stejně jako ve světě hmotných věcí, kdy každá akce má odpovídající reakci, tak i ve světě živých bytostí existují komplexní akce a reakce v komunikační rovině. Každá verbální reakce musí vycházet z konkrétní akce, jež má původ ve vztazích mezi jednotlivými osobami a kontexty v jednotlivých vztazích. (Gjuričová, 2007, s. 137)

Cílem působení na klienta pak není eliminace problému, nýbrž vytvoření nových cest a mechanismů, jak se k problémům stavět a volit vlastní cesty, jak se jim vyhnout.

9 Prevence syndromu CAN se zaměřením na zanedbávání

Prevenci jde označit jako proces využívající sady opatření, pomocí kterých se snaží předcházet vniknutí určitých negativních jevů, které jsou spojeny s rizikovým chováním. Zároveň však cílí i na zmírňování důsledků, které z takového chování vyplývají. Jejím cílem je minimalizace rizikových faktorů a podpora těch, které chrání před negativními důsledky do budoucna. Prevence může mít podobu jakékoliv intervence (sociální, edukativní, výchovná...), která směřuje k předcházení, vzniku, rozvoji, nebo recidivě určitého rizikového chování. (UK, 2012, s. 110 [online])

Při pohledu na všechny stupně prevence, v rámci zacílení na veřejnost, byly zaznamenány limity zejména v oblastech nízké edukace dospělé populace. Celospolečensky nejsme informováni o závažnosti, prevalenci, nebo dopadech na vývoj dítěte. Chybí také dovednost efektivně rozpoznávat jednotlivé projevy syndromu CAN, speciálně s důrazem na zanedbávání, kterého je meziročně stále nejvíce oproti týrání a zneužívání. Nízká úroveň rozpoznávání projevů pak může souviset s nízkými počty případů nahlášených oficiálními orgány. (Badová, Petrenko, 2020, s. 8 [online])

Nízká reflexe ze strany společnosti a přehled o společenských normách může být zásadní i ze strany rodičů a dětí. Existuje řada rodičů, která nemusí disponovat dostatečnými kompetencemi, jak vést výchovu efektivně bez jejího zanedbání a nutnosti uplatňovat jakoukoliv formu násilí. Může tak docházet k mezigeneračnímu přenosu těchto vzorců chování. Děti tak často nepokrytě přejímají negativní vzorce chování, včetně násilí na nich uplatňovaného, jako uznávanou normu a nemusí jim být jasné, že je s nimi nakládáno protiprávně. Z pozice dítěte je aktuálně obtížné se proti takovému jednání efektivně ohradit, protože v celospolečenském povědomí o účinném způsobu jeho ochrany jsou patrné rezervy. (Badová, Petrenko, 2020, s. 8–9 [online])

9.1 Primární prevence

Do primární prevence patří snižování rizikového chování u dětí a mládeže a celková minimalizace jeho vzniku. (Kukla a kol., 2016, s. 381) Pokud tento druh prevence selhává, nutně nastupuje ve vztahu k jedinci sekundární, případně terciární prevence, které se vyznačují významnějšími zásahy do přirozeného prostředí jednotlivce. Primární prevence jedince neizoluje a neoddělí ho od nežádoucího podnětu, nýbrž formuje jeho pohled na svět, podporuje prospěšné postoje, znalosti a kompetence. Pomocí nich je možné žít život ve společnosti, ve které se sice nežádoucí postoje objevují, ale dítě bude uschopněno je rozpoznat a nemusí se jimi nutně nechat ohrozit. (UK, 2012, s. 108 [online])

Jako hlavní aktéry v procesu primární prevence lze označit školu, dětské lékaře, přátele dítěte, volnočasové aktivity, ale zejména rodinu. Ta pomocí kvalitního vztahu dítěte a rodiče může vytvářet prostředí pro řešení problémů a základní povědomí pro děti o lidské sexualitě, připravovaném rodičovství, způsobům antikoncepce a další. Tento přístup musí odpovídat aktuálním vývojovým stádiím dítěte. (Kukla a kol., 2016, s. 381)

Protože primární prevence obsahuje řadu opatření a zasahuje do mnoha institucí, dělí se na specifickou a nespecifickou.

Aktivita nespecifické primární prevence mají podporovat vhodné formy chování. Jde o zapojení výchovných přístupů, jež pozitivně formují osobnost dítěte, jeho postoje, mravní znalosti a další. Je zde vyvíjena snaha o zlepšení zdravotního stavu včetně sociálních vztahů. (UK, 2012, s. 108 [online])

Při specifické primární prevenci jsou skrze edukaci a popularizaci problematiky jasně definovány jednotlivé oblasti, ve kterých je potřeba dosáhnout specifických změn v přístupu a jednání odborníků i veřejnosti. (Kukla a kol., 2016, s. 381)

Specifická primární prevence se dále člení na tři úrovně: Všeobecná primární prevence se snaží zamezit vzniku zdravotních nebo sociálních problémů u všech členů určité věkové kategorie nebo u celé běžné populace, bez ohledu na to, zda jsou více či méně riziková. Patří sem projekty pro větší počet osob, jako jsou např. preventivní programy pro celé třídy nebo menší sociální skupiny. Selektivní primární prevence je zaměřená na skupiny lidí, u kterých je vyšší pravděpodobnost vzniku rizikového chování. Faktory, které toto mohou ovlivnit jsou rodinné zázemí, sociální znevýhodnění, nebo třeba pohlaví. Tato prevence využívá intenzivní sociálně psychologické skupinové programy, které cílí na posilování komunikace, zkvalitňování vztahů a rozvoji dalších sociálních dovedností. (MŠMT, 2019, s. 11 [online])

Indikovaná primární prevence je uplatňována, když je cíleno na jednotlivce či skupiny, u kterých jsou již pozorovatelné změny v podobě rizikového chování. Cílí na rané zachycení a správné posouzení potřeby specifických intervencí a jejich zahájení. K tomuto posouzení je použito komplexního posouzení situace klienta. Cíleno je též na pochopení rizikového chování a snížení jeho frekvence, výskytu a s tím spojených negativních dopadů na jedince. Každá úroveň sebou přináší určité klady i zápory. V první úrovni je velkým plusem zásah velkého množství potenciální cílové skupiny dětí bez nutného zatížení stigmatizací. Ovšem vzhledem k povaze všeobecné primární prevence, která může působit neosobně, nemusí být přínos pro jednotlivce tak markantní. (Martanová, 2014 [online])

Následující dvě úrovně cílí nejen na skupiny osob, ale též na jednotlivce. Problémem při realizaci prevence na těchto úrovních je například obtížná identifikace osob, kterým by včasná intervence mohla pomoci. Překážkou zde může být také stigmatizace pro účast na určitém programu, jako je třeba sanace rodiny. Ten pak nemusí být dostatečně efektivní z důvodu nezaplnění kapacit, a tím pádem omezeného přesahu v podobě celospolečenské proměny v kontextu problematiky spojené se syndromem CAN. (Martanová, 2014 [online])

Aby bylo možné institucionálně podchytit kvalitu a oblasti primární prevence ve školním prostředí, byly vytvořeny Standardy kvality programů prevence. Pomocí tohoto dokumentu je rozděleno rizikové chování na 9 typů, přičemž nejužší pojetí hovoří o chození za školu, šikaně a projevech patrné agrese, vysoce rizikových sportech a rizikovém chování v dopravě, škodlivému vlivu sekt, sexuálnímu chování spojeným určitým rizikem, závislostmi, rasismu a xenofobii. Uvádí se, že do širšího pojetí patří další dva okruhy, které ovšem nejde jednoznačně zařadit do konceptu rizikového chování a stávají se tak poměrně zásadním, ovšem podceňovaným epicentrem preventivní práce. Jsou to okruhy poruch, které se pojí se syndromem CAN a spektrum poruch spojených s poruchami příjmu potravy. (UK, 2012, s. 109 [online])

Za dodržení kvality standardů prevence, sestavení i naplňování programu je zodpovědný školní metodik prevence, který dle tematických okruhů vždy dojednává kontrakt se specifickými certifikovanými poskytovateli preventivních programů. (UK, 2012, s. 110 [online])

V praxi to pak znamená, že pokud poskytovatel preventivního programu, který se věnuje syndromu CAN nenajde prostor pro realizaci preventivního programu spolu s metodikem prevence, relativně velké množství dětí v rámci jednotlivých škol nemusí být poučeno například o tom, jak rozpoznat znaky zanedbávání, nebo ostatní znaky syndromu CAN. Zároveň pak nemusí být cílové skupině jasná jaká rizika pro ně z toho vyplívají, a se kterými je problematika spojena, tudíž jim nemusí bez jejich informovanosti být v jejich situaci včas pomoheno.

9.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má podstatně menší cílovou skupinu. Na rozdíl od primární, která se zaměřuje více celospolečensky, sekundární se zaměřuje pouze na specifické skupiny lidí.

Za sekundární prevenci lze pokládat vytipování situací a osob, které jsou rizikové a pokud je jim dítě vystaveno dochází k syndromu CAN. Zároveň je nutné cíleně působit na tyto skupiny osob a situace, aby bylo možné rizika spojená s jejich působením snížit na minimum. (Vargová, Mydlířová, 2020, s. 25)

Je prováděna formou aktivního vyhledávání zmíněných situací a osob, současně je sem řazen vliv sociálního prostředí, kde je předpoklad pro vznik syndromu CAN. (Hanušová, 2006, s. 21) Z tohoto výčtu je patrné, že sekundární prevence se může prolínat s primární a naopak. Při tomto typu prevence je důležité vzít v potaz faktory, které ovlivňují vznik sociálních patologií.

České obyvatelstvo je bohužel relativně tolerantní k výskytu násilí v rodině a příbuzenských vztazích. To souvisí s aplikací násilí na dětech, které se často používá v nepřiměřené míře, přičemž to může být bráno za společensky normální. (Badová, Petrenko, 2020, s. 8 [online])

Osoby a instituce, jež jsou sem zapojeny musí disponovat kontrolními mechanismy a nástroji pro zvládání diagnostiky. Jsou proto vytvářeny strategie ke koordinaci sociálních pracovníků, pedagogů, psychologů, orgánů, jež jsou činné v trestním řízení a zdravotnických institucích (Täubner, 2005, s. 124). Mezi konkrétní instituce, které se zabývají sekundární prevencí jde zařadit například krizová centra, kontaktní centra, linky, na nichž je poskytována telefonická krizová pomoc, nebo střediska preventivně výchovné péče.

Pro efektivní fungování prevence na všech úrovních je potřebné její členění. I kvůli tomu, že se sekundární prevence s tou primární může mísit, je její působení částečně poznamenáno. Je proto nezbytné dodržovat jistou organizační a obsahově metodickou strategii. (Täubner, 2005, s. 77)

Nejčastěji u sekundární prevence obsahuje její organizační část její konkrétní objekt. Tím může být např. pachatel, potenciální oběť, nebo určitá mezní situace. V obsahově metodické části jsou následně vytyčeny cíle, kterých je nutné dosáhnout, pomocí konkrétního poskytovatele preventivní činnosti, jakožto kompetentního subjektu. Patří sem také obsah činnosti, prostředky a metody, které jsou pro poskytovatele typické. Je to právě členění, které zajišťuje větší adresnost pomoci a zlepšuje soulad mezi jednotlivými profesionály a institucemi, které jsou do sekundární prevence zapojeny. (Täubner, 2005, s. 82–83)

9.3 Terciární prevence

Terciární prevence je odlišná od předchozích dvou jak po obsahové, tak metodické stránce. Vychází se z užšího právního uchopení problematiky a možnosti většího úředního i fyzického zásahu do statusu a prostoru, kde se oběť i pachatel nacházejí. (Elliot, Place, 2002, s. 99)

Do této prevence spadá zásah odborných pracovníků v reakci na podezření či odhalení příznaků syndromu CAN. Jsou zde učiněna opatření, která mají za cíl zamezit dalšímu zanedbávání, týrání a zneužívání dítěte. (Kukla a kol., 2016, s. 381–382)

Pro řešení již vzniklého syndromu v této fázi je nutné vytvoření interdisciplinárního týmu složeného z odborníků a institucí, které spolupracují nejlépe s celou rodinou. (Hanušová, 2006, s. 21)

Proces prevence má zde dvě etapy. První je diagnostickou a druhá pomocnou, ochranou a terapeutickou.

Při diagnostice je zjišťován stupeň způsobeného poškození. Při odhalení se zpravidla nejedná o komplexní diagnózu, ovšem o sadu znaků, které odpovídají syndromu CAN. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 120–121)

Vyšetření odborníky se pak skládá z lékařského a psychologického vyšetření, na základě čehož je stanovena aktuální diagnóza a návrh prevence do budoucna. Druhá etapa se soustředí na to, jestli dítě zůstane dále v rodině, nebo nikoliv. To odvisí od toho, zda je odstraněn vliv pachatele a dítě má příznivé podmínky ke svému rozvoji, nebo pokud je pachatel nablízku a stále hrozí riziko dalšího poškození dítěte. (Täubner, 2005, s. 84–85)

Nejčastěji se případy dostávají do rukou lékařům, rodičům a pedagogům, sociálním pracovníkům, případně dalším osobám.

Sociální pracovník v této části prevence ze zákona povinností nejpozději do jednoho měsíce od začátku doby poskytování sociálně právní ochrany dítěte vytvořit individuální plán ochrany dítěte tzv. IPOD. Tento plán musí být tvořen za přítomnosti rodičů a dítěte, pokud mu to rozumové a volní schopnosti umožňují, a musí být pravidelně aktualizován. Potřeba aktualizace vychází ze závažnosti případů, zejména těch, ve kterých je nařízeno výchovné opatření, ústavní, nebo ochranná výchova, případně když je dítě svěřeno do pěstounské péče, do zařízení vyžadující okamžitou pomoc, nebo do jiné náhradní výchovy. Určitou funkci plní taktéž jako katalyzátor pro spuštění motivace při změně rodinné situace k lepšímu. Dítěti je díky IPODu garantováno přidělení klíčového pracovníka, který rozhoduje o jednotlivých opatřeních, a krocích které by měly umožnit setrvání dítěte v péči rodičů, nebo dalších osob zodpovědných za jeho výchovu. Vytvoření plánu může probíhat mnoha způsoby – od sestavení pracovníkem, kdy klient nespolupracuje, po větší zapojení dětí, až po vytvoření plánu samotným klientem za přítomnosti pracovníka. Poslední způsob se ukazuje jako neefektivnější, protože lze nalézat strategie ke zvládnutí problému, jež byly dosud pracovníkům skryty. Nejčastěji se tak děje ovšem až tehdy, kdy situace zajde až příliš daleko a je nutný zásah soudu. (Čí je dítě?, Co říká o individuálních plánech [online])

9.4 Kvartální prevence

Tento druh prevence je zmiňován zejména v zahraniční literatuře. Jde o kroky, které jsou činěny v případě, že je dítě umístěno v rámci léčby mimo prostředí rodiny, a po terapii je do rodiny původu vráceno. V prostředí ČR tento způsob prevence nefunguje, vzhledem k tomu, že spolupráce institucí a odborníků v multidisciplinárních týmech není na dobré úrovni. (Hanušová, 2006, s. 21)

10 Česká praxe v prevenci

10.1 Krizové linky pomoci

Využití linky pomoci je často prvním krokem k navázání kontaktu klienta se sociální službou. Zakázka klienta může být nejen v otázkách poradenství, ale bývá spojena také s krizovou intervencí. Ta se využívá ve chvíli, kdy například oběť zanedbávání, týrání, nebo zneužívání prožívá situaci odpovídající charakteru osobní krize a nedokáže si s ní sama za pomoci svých vlastních zdrojů poradit. Jako jedna z metod prevence v sociální práci je potřebná volit citlivý přístup k obětem, aby bylo možné vybudovat u klientů pocit bezpečí a možnosti se svěřit anonymně, bez nátlaku a strachu z odsuzování. (Špatenková, 2011, s. 59)

Linky, které se zaměřují na takto specifickou práci s dětmi přicházejí do kontaktu s lidmi, jejichž zakázka se může lišit v závislosti na tom, v jak vážné situaci se aktuálně nacházejí a zároveň v tom co od linky očekávají. I to je důvodem pro nabídku spektra služeb a možností komunikace. Ať už jde o chat, emailovou komunikaci nebo přímo telefonickou linku, záleží na tom, aby bylo možné efektivně komunikovat s potenciálními klienty.

Mezi poskytované služby vycházející s charakteru linek důvěry patří zejména telefonická krizová pomoc, poradenství v konkrétní problematice a zejména pak odkazování na další subjekty (OSPOD, terapeutické služby, sociálně aktivizační služby apod.). Díky tomu je tak možné nejenom poskytnout podporu v krizi, ale také nabídnout možnosti řešení vzniklé situace pomocí interních či externích subjektů, které mohou s dítětem pracovat více do hloubky a na dlouhodobější bázi. (DKC, Krizová pomoc [online])

Česká asociace poskytovatelů linek důvěry jako garant určité kvality sdružuje aktuálně tři registrované sociální služby, které jsou vedeny jako poskytovatelé telefonické krizové pomoci se zacílením na dětskou populaci. Jde o Linku bezpečí, která se specializuje na práci s dětmi a studenty do 25 let, Linku důvěry Dětského krizového centra a Linku pro rodinu a školu. První dvě služby se zaměřují zejména na děti jako na klienty, ale disponují zároveň partnerskými linkami v rámci organizace, které se soustředí na práci s rodiči. (ČAPLD, Děti a dospívající [online])

Nyní se podíváme na jednotlivé linky pomoci, aby bylo možné sumarizovat, jakým způsobem linky vedou své výroční zprávy, na jaké úrovni se dostává veřejnosti informací z těchto linek.

Oběti syndromu CAN jsou pro Linku Dětského krizového centra, hlavní cílovou skupinou. Dle nejnovější výroční zprávy zaznamenala v roce 2021 enormní nárůst počtu dětí využívajících okamžitou krizovou intervenci o 49 % proti roku předcházejícímu. (DKC, Výroční zpráva 2021, s. 32 [online])

V roce 2019 byl počet klientů, kteří řešili témata spojená se syndromem CAN na všech platformách v rámci telefonické krizové pomoci 1268, o rok později 1077, a v roce 2021 jich bylo 956.

Data organizace Linka bezpečí naznačují celkový rostoucí trend využívání služby. V obecném zastoupení mezi hovory zůstává téma syndromu CAN již třetím rokem na úrovni mezi 5–6 %. Data z roku 2020 naznačují, že meziročně stoupl počet osob, kteří se obraceli na linku s tématem týrání, zanedbávání a zneužívání o 12 %. (Linka bezpečí, Výroční zpráva 2020, s. 10 [online])

Ve své poslední výroční zprávě uvádí, že počet klientů, kteří se na linku obracejí v rámci řešení stejné problematiky vzrostl o dalších 13 % v souladu s tím, jak roste popularita využívání jejich služby (Linka bezpečí, Výroční zpráva 2021, s. 8 [online]) Celkově lze tak říci, že počet klientů na těchto linkách se drží na stabilní úrovni, přičemž využívání služeb těchto linek se zvyšuje.

Linka pro rodinu a školu ve svých výročních zprávách neuvádí příliš kvalitně informace, které se týkají využívání jejich služeb. Pouze naznačují, že procentuální zastoupení klientů se syndromem CAN, kteří se na ně obrátí se drží již pátý mezi 9–13 %.

Vzhledem k tomu, že každá organizace dělá svou výroční zprávu dle vlastního uvážení, lze zde pozorovat rezervy v informacích, kterých se dostává veřejnosti. Například Linka bezpečí nezveřejňuje celkový počet klientů, kteří se na ni obrátili v rámci konkrétní problematiky, ale pouze procentuální zastoupení témat při využívání jednotlivých zdrojů komunikace (mimo poslední výroční zprávy). Navíc se kontakty dělí na dvě části – vyřešené na ústředně a ty, které se předávají dalšímu odborníkovi. Dětské krizové centrum neuvádí konkrétní procentuální zastoupení klientů u jednotlivých způsobů, jak kontaktovali linku (chat, telefon, email), ale pouze souhrnný údaj klientů a celkové zastoupení toho, jaké možnosti při jejich kontaktování byly využity. Linka pro rodinu a školu má dle mého nejhůře vedené výroční zprávy, přičemž zde neuvádí ani počet klientů, ani procentuální zastoupení toho jaké možnosti v komunikaci byly využity. Lze zde najít pouze procentuální zastoupení jednotlivých problematik v celkové komunikaci.

Přes toto shrnutí vnímám jako důležité zmínit, že pokud jde o pomoc na úrovni krizových telefonických linek a intervenčních center má česká republika rozvinutou síť pracovišť, která pomáhají k lepší orientaci cílové skupiny v možnostech pomoci a dokáží efektivně odkazovat na návazné služby. (Badová, Petrenko, 2020 s. 17 [online])

10.2 Případová konference

Případová konference je specifickou formou práce s rodinou, kdy pracovník sociálně právní ochrany dětí, zpravidla jako koordinátor, spolupracuje s multidisciplinárním týmem na konkrétním případě ohrožené rodiny. Tato forma práce je uplatňována v případech, když je ohrožen zdravý vývoj dítěte, sociální podmínky, nebo je ohroženo naplňování jeho potřeb. Indikace pro využití případové konference jsou situace, kdy je péče o děti náročná, vyskytnou se výchovné potíže se strany dítěte, rodina se rozpadá a prochází náročným obdobím, případně když se objeví vážná nemoc některého ze členů rodiny. (Bechyňová, 2011, s. 91) Toto jsou zároveň mezní situace, kdy se ve zvýšené míře objevuje riziko syndromu CAN.

Cílem případové konference je najít řešení aktuální problematické situace, přičemž jde o zlepšení úrovně kvality života dítěte a rodiny. Cíl celé konference bývá definován svolavatelem konference na jejím začátku. V průběhu procesu se ale může variabilně měnit v závislosti na nově vznikajících potřebách. Výstupem je pak plán, ve kterém jsou definovány role aktérů a jejich odpovědnosti dohromady s časovým úsekem jeho plnění.

Jedná se o preventivní práci s rodinou, ve všech třech uváděných stupních prevence. V primární prevenci jde o stav, kdy je dítě v rodině, ale situace není kritická. V sekundární je to tehdy, když situace rodiny ukazuje na určitá rizika s tím, že vývoj událostí, stejně jako u předchozího stupně, nevyžaduje okamžitý zásah soudu, případně odebrání dítěte z rodiny. Je zde přesah i do třetího stupně, kdy je dítě odebráno z rodiny a jeho péči má na starost určitý druh instituce. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 149–150)

10.3 Sanace rodiny

Sanaci rodiny lze popsat jako sadu opatření sociálně právní ochrany, sociálních služeb a dalších programů a opatření, jež jsou zprostředkovány, nebo jsou nařízeny zejména rodičům dítěte a jejich nezletilému potomkovi, přičemž je ohrožen jeho psychický, biologický, nebo sociální vývoj. (Konvičková, 2011, s. 103–104)

Sanaci rodiny jako možnost prevence negativních dopadů nedostatečnosti rodičovských kompetencí může doporučit každý profesionál, jenž se dostane do kontaktu s rodinou ohroženého dítěte. Existuje zde také možnost jejího nařízení soudem.

Cílem sanace je mírnit, ukončit, či zadržet skutečnosti, které působí ohrožení dítěte, poskytnutím podpory a pomoci jemu a jeho rodině, aby bylo možné zachovat její celistvost. (Bechyňová, 2011, s. 18)

Pokud situace zůstane ve stavu ohrožení vývoje dítěte, je pravděpodobné, že vlivem toho může dojít k zásadnějšímu vstupu do struktury rodiny např. v podobě odebrání dítěte prostřednictvím zásahu ze strany OSPOD. (Konvičková, 2011, s. 58)

Principem sanace rodiny je práce s rodinou dítěte s cílem pomoci jemu samotnému. Děje se tak např. pomocí budování rodičovských dovedností, zmocňováním dítěte, nebo prováděním změn v rodině při jeho umístění do náhradního zařízení pro výchovu a péči o dítě. Práce s rodinou je prováděna i v případech, kdy je dítě umístěno do náhradního zařízení pro výchovu a péči o dítě a udržení pozitivních změn, kterých bylo již dosaženo. (Bechyňová, 2011, s. 18)

Sanace rodiny v prevenci syndromu CAN před jeho vznikem bohužel není příliš využívána. Například organizace STŘEP – České centrum pro sanaci rodiny, z.ú. ve svých výročních zprávách až 5 let zpětně potvrzuje, že nejčastěji je při práci s rodinou nutné pracovat s klientem, jenž má nízkou úroveň motivace, vzhledem k tomu, že sanace je nejčastěji nařízena soudně a klient jí tak musí podstoupit nedobrovolně. Přes tuto skutečnost organizace uvádí, že již pátým rokem se v rámci preventivního zásahu s cílem zachovat celistvost rodiny daří zabránit odebrání dítěte a zmírnit jeho ohrožení zhruba u 80 % všech případů. Počet klientů

služby (rodičů i dětí) se měnil v rámci sledované doby v intervalu mezi 231 a 238 uživateli každý rok. Dítě není odebráno úřadem například díky nastavení odlišného režimu, budování podnětného prostředí, emocionální podpory a citlivosti ze strany rodičů. (STŘEP, Výroční zprávy [online])

Sanaci rodiny lze také označit jako efektivní metodou, jak pracovat při již vzniklých okolnostech spojených se syndromem CAN a odebráním dítěte z rodiny. Česko francouzská konference Dítě mezi rodinou a institucemi spolu s uveřejňovanými výročními zprávami organizace STŘEP uvádějí každoroční úspěšnost okolo 70 % u intervencí v rámci této metody. I díky zásahům odborníků je tak možné navracet děti do bezpečného prostředí. (Bechyňová, 2011, s. 16)

11 Příklady dobré praxe ze zahraničí

V této kapitole uvedu příklady úspěšných projektů, které jsou založeny na důkazech a mají pozitivní dopad při prevenci syndromu CAN se zaměřením na zanedbávání, týrání a zneužívání na globální úrovni. Jedním z kritérií, které jsem volil, je přítomnost experta v procesu práce s rodinou, jenž se zaměřuje na problematiku spojenou se sociální prací. Efektivita těchto programů je podložena daty, která byla posbírána při jejich uplatnění v reálném prostředí. Příklady pozitivní praxe, které zde budou uváděny prošly testováním pomocí stejných, či srovnatelných metod, přičemž výzkumníci docházeli k podobným závěrům a cestám při možnostech řešení obtížných situací v prostředí rodiny. Je to nejen opakované podrobení programů výzkumům, ale také jejich opakované uplatňování v rámci různých kultur, díky čemuž můžeme vidět jejich skutečné dopady na zvolenou cílovou skupinu.

11.1 Nurse – Family Partnership

Jedná se o komunitní a zdravotní program, který vzniknul v 70. letech v USA, přičemž funguje dodnes. Od doby svého vzniku se rozšířil od Holandska a Velké Británie. Cílovou skupinou programu jsou nízkopříjmové matky prvorodičky, u nichž existuje opodstatněné riziko zanedbávání, týrání a zneužívání vlastních dětí vlivem faktorů, kterým jsou vystaveny ať už se jedná o nedostatek zázemí v rodině původu, sociální izolaci, nedostatek rodičovských kompetencí potažmo látková závislost.

Cílem intervencí v rámci programu je budování odolnosti a zotavení se v kontextu zkušeností z rodiny původu. Výstupem je prevence zasažení rodiny nepříznivou ekonomickou situací, chronickým stresem, traumaty, a syndromem CAN. Cíleno je také na předcházení negativních dopadů zneužívání návykových látek na dítě včetně alkoholu. (Nurse-Family Partnership, Evidence of Effectiveness [online])

Pokud se matky zapojí do Nurse – Family Partnership, je jim poskytnuta podpora speciálně školených ošetřovatelek s vysokoškolským vzděláním. Tato podpora pozitivně působí při překonávání fyzických, emočních, sociálních a systémových překážkách, a zejména pak při přípravě na porod. Proces práce s prvorodičkami začíná ideálně před 16. týdnem těhotenství a zahrnuje okolo 60 plánovaných návštěv v průběhu 2,5 let. V průběhu této intenzivní spolupráce je cíleno na redukci závislostního chování, budování rodičovských kompetencí, zvládání krizových situací a osamostatňování pomocí rodinného koučinku. V prostředí, kde má dítě vyrůstat je vytvářen bezpečný prostor, přičemž je prvorodička připravována též na zdravotní komplikace dítěte, které se mohou vlivem původního životního stylu u dítěte projevit. (Nurse-Family Partnership, About Us [online])

Program má v USA dlouhou tradici s prokazatelnými výsledky. Thomas Flack vypracoval sumarizaci pěti studií zaměřujících se na hlavní výstupy programu napříč USA, Belgií a Velkou Británií. Čtyři z pěti studií označily program za účinný z pohledu dosahování dlouhotrvajících pozitivních změn v čase. (Flack, 2020, s. 1 [online])

Ve dvou a více studiích byly pozorovatelné následující změny. Při včasném zařazení jednotlivců z cílové skupiny do programu, klesá míra potenciálního zanedbávání, zneužívání a týrání minimálně o 20 % a více. Do 20 let věku míra neplánovaného rodičovství klesá minimálně o 10 % v porovnání s ostatními kontrolními skupinami, kde nebyly provedeny žádné intervence. Dětem matek ohrožených nízkou inteligencí, sebedůvěrou a duševním zdravím se zlepšily výsledky v kognitivních či vzdělávacích oblastech vývoje o jednotky percentilů. (Flack, 2020, s. 2 [online])

Je zde tedy vidět, že současně s tím, jak roste míra zplnomocňování matek, klesá riziko dětského utrpení a neplánovaných rodičovství. Může to být právě četnost dětí, které nejsou chtěné v kombinaci s nedostatkem rodičovských kompetencí a možným zdravotním postižením jež patří k faktorům pro vyšší riziko syndromu CAN. I proto vnímám program jako přínosný.

11.2 Program pozitivního rodičovství (Triple P)

Positive parenting program, zkráceně Triple P, pochází z Austrálie a řadí se mezi jeden z nejúčinnějších programů na světě v oblasti výchovných postupů pro rodiče.

Cílem programu je budování pevných rodinných vztahů, zvládnutí nežádoucího chování dětí rodiči spolu s předcházením problematických situací ještě před jejich vznikem. Program dává rodičům možnosti strategických výchovných postupů, které lze upravovat v souladu s jejich ideály, světonázorem i potřebami. (MZCR, Průběžná výzva [online])

Důsledkem nově vytvořených pozitivních vzorců chování je nižší pravděpodobnost behaviorálních a emočních problémů dětí spolu se sníženou hladinou stresu a předpokladem pro možné depresivní příznaky. (MZCR, Průběžná výzva [online])

Cílovou skupinou programu jsou rodiny s dětmi do 16 let, přičemž je rozdělen do 5 kategorií. Každá z nich odpovídá věku dítěte, a intenzitě intervencí tak, aby vedly k samostatnosti a podpoře členů rodiny v rámci jejich rolí. (PPP, The system explained [online])

První fáze tak není kurzem, ale komunikační strategií, jak poskytnout pomocí informační kampaně rodičovství jako společenskému téma, které si zaslouží pozornost a podporu.

Druhá fáze je jednorázovou intervencí, jež je poskytována formou konzultace a vybraných seminářů. Nejčastěji je aplikována u rodin s dětmi, jež čelí jednomu či dvěma výchovným problémům spojených s dítětem.

Ve fázi třetí se jde po konkrétních výchovných problémech v rodinách, které jsou středního až vážného charakteru. Je poskytována pomocí 4 individuálních konzultací a formou diskuzní skupiny, kde jsou diskutovány jednotlivé problémy dětí v rámci jejich věku.

Intervence směřované k rodičům cílí zejména na zvládnání agresivity, předcházení rizikovým situacím a nastavování určitého režimu a mantinelů ve výchově.

Čtvrtá fáze cílí na rodiče a děti s již vážnými poruchami chování. Je cíleno na hlubší pochopení výchovných problémů. Poskytovány jsou skupinové konzultace a individuální poradenství, přičemž je využíváno videoukázek a práce s textem. Dále se sem řadí webový program, jež provádí rodičovskými dovednostmi a svépomocný program podpořený telefonickou konzultací.

V páté úrovni se často nachází rodiče, jež neúspěšně absolvovali čtvrtou fázi. Jedná se o rodiny s komplexními výchovnými problémy včetně zanedbávání a týrání dětí. Výuka probíhá ve třech modulech se zaměřením na vztahy, komunikaci, duševní zdraví atd. (PPP, The system explained [online])

Od svého vzniku v roce 2001 se jako příklad pozitivní praxe šířil po celém světě, přičemž po celou dobu své existence byl soustavně zkoumán. Převážná většina z celkem 740 studií sestávajících se jak z evaluačních, tak randomizovaných ukázala program jako efektivní i přes vlivy jako je socioekonomická příslušnost k určité skupině či odlišná kultura. (PPP, Triple P at glance [online])

Jako příklad efektivního využívání programu na všech úrovních lze označit následující výzkum. V roce 2008 byla zveřejněna velká populační studie s využitím programu Triple P. Bylo sem zahrnuto 10 spádových oblastí Sidney a Melbourne, přičemž výzkumný vzorek se skládal z 12 874 dětí ve věku 4 až 7 let. Kontrolní vzorek byl podroben zkoumání nejdříve v roce 2003 a poté v roce 2006. Před intervencí více než polovina rodičů uvedla, že používají fyzické tresty a 70 % uvedlo, že v případě hněvu projevuje verbální agresi v podobě křiku na děti. V intervencích byl použitý program Triple P ve všech pěti úrovních s využitím indikovaných i univerzálních strategií intervence. Rodiče díky intervencím měnily výchovné strategie a snažily se o vybudování kompetencí pro zvládnání mezních situací ve výchově. Výsledky po začlenění alternativních strategií do výchovy ukazují zlepšení zejména v oblastech redukce používání nevhodných rodičovských praktik o 20,1 %, depresivních příznaků rodičů o 26 % a spolu s tím došlo k poklesu nechtěného rodičovství o 14 %. (Sanders a kol., 2008, s. 198 [online])

Toto konkrétní nasazení programu mělo v jeho průběhu značné ohlasy v masmédiích. Objevoval se zejména v publicistických a zpravodajských pořadech (29), v novinách (58 článků), nebo ve 48 rozhlasových vysíláních, jež se zaměřovaly na uplatňování pozitivního rodičovství. (Sanders a kol., 2008, s. 206 [online]).

Od roku 2022 je program pod záštitou Ministerstva zdravotnictví a je součástí Evropské výzvy veřejného zdraví, přičemž si klade za cíl zlepšení prevence a snížení nerovnosti ve zdraví. Implementace tohoto systému v českém kontextu dává smysl z pohledu jeho efektivity a pozitivní zkušenosti ze zahraničí. Osobně vnímám pozitivně též specifické zacílení programu z pohledu jeho systému a různých stupňů podpory v souladu s růstem intenzity intervencí. K tomuto projektu zatím nejsou dostupná data o jeho využívání a efektivitě v českém prostředí i kvůli relativně krátké době od jeho spuštění.

12 Sumarizace a možné výstupy

Disponujeme řadou nástrojů, jak pracovat s oběťmi syndromu CAN, ať už jde o legislativní uchopení, systém prevence, nebo systém sociálně právní ochrany dětí. Tyto nástroje nám sice nabízejí možnosti a ukazují cestu, jak s cílovou skupinou pracovat, jsou v nich však stále patrné jisté limity, které sociální práci s oběťmi syndromu CAN komplikují.

Lze sem řadit například omezený prostor v preventivním působení sociálních pracovníků, specifické rizikové veličiny, které se pojí se zvýšenou pravděpodobností vzniku syndromu, nebo roztříštěnost institucí, které se problematikou zabývají.

Na druhou stranu, je možné se na tyto nedostatky dívat zároveň jako na výzvy do budoucna. Pokud se překážkám a slabým místům v systému prevence dokážeme postavit a vymezit je, můžeme nacházet funkční řešení, jak předcházet lidskému utrpení, zkvalitňovat možnosti pomoci v určitých oblastech následné pomoci a celý systém ochrany dětí proměňovat k lepšímu. Je to právě systém ochrany dětí, který pomáhá chránit jednotlivce, kteří ve společnosti, nemusí mít tak silný hlas jako dospělá většina.

Jako zcela klíčové vidím zvýšení důrazu v oblasti primární prevence s důrazem na přístup podložený důkazy – evidence based. V českém prostředí máme nástroje, jak pracovat s rodinou, nejsou však využívány na všech úrovních prevence vzhledem k rezervovanému přístupu potenciální cílové skupiny i široké veřejnosti. Inspirací nám v tomto ohledu proto mohou být úspěšně nasazené zahraniční preventivní programy, případně také potenciál skrytý právě v pozitivní české praxi z pohledu sanace rodiny. Tyto přístupy nám ukazují, že zlepšováním rodinných vztahů, komunikací a podporou rodičovských dovedností, lze problematiku syndromu CAN ve společnosti do určité míry redukovat. Věřím, že pokud se dobrá praxe přenesení do českého kontextu, získá věhlas, a ve veřejném prostoru bude o specifické programy dostatečný zájem, je možné posunovat hranice efektivity sociální práce a zlepšovat situaci nejen obětí, ale také potenciálních obětí syndromu CAN. Tento posun je možné zároveň měřit, což dává i v kontextu aktuální situace v ČR přístupu přidanou hodnotu. Zahraniční programy nám mohou sloužit jako možnost obohacení a rozšíření dosavadní tuzemské praxe. Mohou navíc do kontextu ČR přicházet bez určitých nálepek a asociací spojených s vynuceným zásahem do rodiny.

Závěr

Nejzásadnější změny v pohledu na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě spolu s jasnějším uchopením této problematiky bylo možné pozorovat v 60. a 70. letech 20. století. Díky vymezení konkrétních jevů, které dítěti způsobují utrpení bylo možné postupem času přidávat jednotlivé formy syndromu CAN a vyvolat diskuzi nad přístupem který byl do té doby k dětem zaujímán.

Po uchopení této problematiky a vyvolání veřejné diskuze nastal zvrat v pohledu na násilí páchaného na dětech prakticky po celém světě. Tato změna umožnila uchopení problematiky na legislativní úrovni jak v podobě mezinárodních dokumentů, tak v podobě tvorby jednotlivých zákonů klíčových i pro vymezení působnosti orgánů sociálně právní ochrany dětí na našem území.

Díky konkrétním metodám, které jsou při práci s cílovou skupinou uplatňovány, včetně spolupráce pracovníka s experty v multidisciplinárním týmu, je možné získat širší perspektivu a náhled na možnosti, jak se stavět k řešení problematiky konkrétních případů a vytvoření efektivního plánu pomoci pro dítě a rodinu ve které se pohybuje.

Zásadním aspektem a výzvou do budoucna v celospolečenském kontextu zůstává zvyšování povědomí o celkové problematice týrání, zneužívání a zanedbávání dětí, jež by umožnilo snazší identifikaci a možnost upozornění příslušných odborníků na jednotlivé případy, když s nimi kdokoliv přijde do kontaktu.

Odpovědi v rámci naplnění cíle práce jsem hledal u možností a limitů sociální práce Vycházel jsem z teoretického ukotvení tématu, stupňů prevence a ukázky zahraničních projektů, jež představují příklad dobré praxe. U uvedených stupňů prevence, je patrná kontinuita v rámci návaznosti služeb, které je možné využít. Přínos vnímám v odstupňování prevence, kdy se působení na cílovou skupinu liší a přináší tak různé možnosti, jak pomáhat s větší přesností v reakci na aktuální potřeby a celkovou situaci v jaké se dítě zrovna nachází.

Na příkladu České republiky je patrné, že se dlouhodobě daří pracovat s cílovou skupinou v rámci snižování ohrožení dítěte. Pokud systém konkrétní případy včas podchytí a umožní zásah do prostředí rodiny v její prospěch, může i přes nízkou úroveň její motivace působit pozitivní změny v jejím sociálním fungování. Pohled na zahraniční programy může zase poskytnout inspiraci v oblastech preventivních intervencí a jejich diverzifikace při zacílení na věk i ohrožení dítěte.

Je zde též potřeba zdůraznit potřebnost komunikace jednotlivých resortů, jež jsou zainteresovány v problematice ochrany dítěte a které mohou přispět ke snazší dostupnosti primární prevence v prostředí vzdělávacích institucí.

Zdroje použité literatury

- BADOVÁ, Kamila, Roman, PETRENKO. 2020. Identifikace slabých míst a příležitostí pro zlepšení systému ochrany dětí ohrožených zneužíváním, týráním a zanedbáváním v České republice In: Nadace Sirius [online]. 18. května 2020 [cit. 2022-08-12]. Dostupné z: <https://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/slaba-mista-systemu-ochrany-ditete.pdf>
- BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. 2011. *Sanace rodiny: sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1624-7.
- CAPLAN Bryan. 2011. *Selfish Reasons to Have More Kids: Why Being a Great Parent is Less Work and More Fun Than You Think*. Basic Books, 240 s. ISBN 9780465018673
- Česká asociace pracovišť linek důvěry, z.s.. Děti a dospívající. [online]. ©2023 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://www.capld.cz/linky-duvery-cr2/kategorie/deti-a-dospivajici/>
- Čí je dítě?, Autorské příspěvky. Individuální plán ochrany dítěte. Co říká o individuálních plánech zákon a důvodová zpráva? / Redakce Čí je dítě?. cijedite.cz [online]. ©2011 [cit. 2022-07-25]. Dostupné z: <http://www.cijedite.cz/?nav=temata/individualni-plan-ochrany-dite.html&comment=88#:~:text=IPOD%20je%20op%C4%9Bt%20procesem%2C%20nikoli,%20jeho%20v%C3%BDvoji%20f%C3%A1zi%20vyhodnocen%C3%A1D.>
- Dětské krizové centrum. Krizová pomoc. ditekrize.cz [online]. ©2023. [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://www.ditekrize.cz/krizova-pomoc/>
- Dětské krizové centrum. Tiskové zprávy. Výroční zprávy. Výroční zpráva 2021. ditekrize.cz [online]. ©2023 [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2022/06/vyrocní_zprava2021.pdf
- ELLIOT, Julian a Maurice PLACE. 2002. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0182-0.
- eStránky. Úvod. sociální práce s rodinou. radkaskotakova.estranky.cz [online]. ©2022 [cit. 2022-05-11]. Dostupné z: <https://radkaskotakova.estranky.cz/clanky/systemicky-pristup.html>
- FEDOR, Marián. 2019. *Týrané, zneužívané a zanedbávané děti*. Osveta. ISBN 9788080634841

- FLACK, Thomas. 2020. Evidence Summary for the Nurse Family Partnership In: Social Programs That Work [online]. 3. ledna 2020 [cit. 2023-04-21]. Dostupné z: <https://evidencebasedprograms.org/programs/nurse-family-partnership/>
- GJURIČOVÁ, Šárka. 2007. Rodinná a systemická terapie. In: BECHYŇOVÁ, V., V. BUBLEOVÁ (eds.). *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém* Praha: Ireas. s. 129-140. ISBN 978-80-86684-47-5
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2012. Sexuální zneužívání dětí – oběti a pachatelé – teoretická část. Prevence úrazů, otrav a násilí [online] 1(1) [cit. 2022-05-16]. ISSN 1801–0261. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120429212655159236.pdf>
- HANUŠOVÁ, Jaroslava. 2006. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.
- HOFERKOVÁ, Stanislava. Linda SVRČINOVÁ. 2009. Téma kapitoly: Syndrom CAN. In: Projekt FRVŠ č. 648/2009/G5. [online]. 5. února 2010. [cit. 2022-08-22] Dostupné z: https://www.ospod.cz/e_download.php?file=data/editor/16cs_2.pdf&original=Syndrom_CAN_text.pdf
- Child Welfare Information Gateway. Definitions of Child Abuse & Neglect. HOME. TOPICS. CHILD ABUSE & NEGLECT. DEFINITIONS OF CHILD ABUSE & NEGLECT. childwelfare.gov [online]. [cit. 2022-08-22]. Dostupné z: <https://www.childwelfare.gov/topics/can/defining/>
- KALIBOVÁ, Petra. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako aktuální celospolečenský problém se zaměřením na informovanost pedagogů o tomto jevu. In: Metodický portál RVP.CZ [online]. 22. listopadu 2011, [cit. 2022-08-11]. Dostupný z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/14261/SYNDROM-TYRANEHO-ZNEUZIVANEHO-A-ZANEDBAVANEHO-DITETE-JAKO-AKTUALNI-CELOSPOLECENSKY-PROBLEM-SE-ZAMERENIM-NA-INFORMOVANOST-PEDAGOGU-O-TOMTO-JEVU.html>.
- KRAUS, Blahoslav, HRONCOVÁ, Jolana a kol. 2007. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-807-0418-963.
- KUKLA, Lubomír a kol. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3874-1.
- Linka bezpečí. O nás. Výroční zprávy. Výroční zpráva 2020. linkabezpeci.cz [online]. ©1994-2023 [cit. 2022-10-12]. Dostupné z:

<https://www.linkabezpeci.cz/documents/41242/88344/Vyrocnizprava-2020.pdf/9114efc9-ab8f-6f9d-6084-ffb04d2d607e?t=1661275211087>

Linka bezpečí. O nás. Výroční zprávy. Výroční zpráva 2021. linkabezpeci.cz [online].

©1994-2023 [cit. 2022-11-12]. Dostupné z:

<https://www.linkabezpeci.cz/documents/41242/88344/Vyrocnizprava-2021.pdf/0d90644b-0375-6d94-58e6-5e7999341bb8?t=1661275215746>

MARTANOVÁ, Pavlas, Veronika. 2014. VŠEOBECNÁ X SELEKTIVNÍ X INDIKOVANÁ ŠKOLSKÁ PRIMÁRNÍ PREVENCE In: Národní ústav pro vzdělávání. [online]. Květen 2014 [cit. 2022-10-13]. Dostupné z:<http://archiv-nuv.npi.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani/vseobecna-x-selektivni-x-indikovana-skolska-primarni-1.html>

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ. 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2012. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

MÁTEL, Andrej. 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Působnost MPSV. Rodina a ochrana práv dětí [online]. ©2021 [cit. 2022-08-15]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/rodina-a-ochrana-prav-deti>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. [online]. ©2019 [cit. 2022-08-29]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit_socialni_prace_c.5.pdf/ccf07ea3-300e-c120-209d-d95dfe52b4ac

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. [online]. ©2019 [cit. 2022-02-11] Dostupné z: https://www.msmt.cz/uploads/narodni_strategie_primarni_prevence_2019_27.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Úvod. Evropské fondy. Evropský hospodářský prostor a Norské fondy. Evropský hospodářský prostor a Norské fondy 2014–2021. Aktuality. Průběžná výzva k předkládání žádostí o uzavření nefinančního partnerství v rámci projektu „Program pro pozitivní rodičovství Triple P“ mzcr.cz [online]. ©2022 [cit. 2022-09-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prubezna-vyzva-k-predkladani->

zadosti-o-uzavreni-nefinancniho-partnerstvi-v-ramci-projektu-program-pro-pozitivni-rodicovstvi-triple-p/

- NAKONEČNÝ, Milan. 2017. Diagnostika sociální In: Sociologická encyklopedie, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. [online]. 11. Prosince. 2017 [cit. 2022-05-21]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Diagnostika_soci%C3%A1ln%C3%AD
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
- NURSE-FAMILY PARTNERSHIP. Home. About Us. Proven Results. Evidence of Effectiveness. [nursefamilypartnership.org](https://www.nursefamilypartnership.org) [online]. ©2023 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/proven-results/evidence-of-effectiveness/>
- Nurse-Family Partnership, Helping First-time Parents Succeed. Home. About Us. [nursefamilypartnership.org](https://www.nursefamilypartnership.org) [online]. ©2023 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2022/03/NFP-Research-Trials-and-Outcomes.pdf>
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5695-0.
- Poradna SPOLU, Povinná mlčenlivost a ohlašovací povinnost. rodicespolu.cz [online]. ©2019 [cit. 2022-08-26]. Dostupné z: <https://rodicespolu.cz/povinna-mlcenlivost-a-ohlasovaci-povinnost/#:~:text=oznamovac%C3%AD%20povinnost%2C%20kter%C3%A1%20vyp1%C3%BDv%C3%A1%20ze,tento%20trestn%C3%BD%20%C4%8Din%20p%C5%99ekazit%20%2Fozn%C3%A1mit>.
- ROSER, M., H. RITCHE a B. DADONAITE. 2013. Child and Infant Mortality. In: OurWorldInData.org [online]. Listopad 2013. [cit. 2022-08-08] Dostupné z: <https://ourworldindata.org/child-mortality>
- SANDERS, M. R., A. Ralph, K. Sofronoff, et al.. 2008. Every Family: A Population Approach to Reducing Behavioral and Emotional Problems in Children Making the Transition to School. *J Primary Prevent* [on-line]. [cit. 2022-08-11]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10935-008-0139-7>
- SMRŽ, Josef. 2023. Co se skrývá pod orgánem sociálně-právní ochrany dětí? In: Šance dětem [online]. 27. února 2023 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/co-se-skriva-pod-organem-socialne-pravni-ochrany-deti>

- STŘEP, České centrum pro sanaci rodiny, z.ú.. Výroční zprávy / Annual Reports. strep.cz [online]. ©2017 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <http://www.strep.cz/cs/index.php?page=vyrocni-zpravy>
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3.
- ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, ISBN 80-86131-44-0.
- TÄUBNER, Vladimír. 2005. Prevence sexuálního zneužívání dětí. In: WEISS, Petr, Slavoj BRICHČÍN, J. DUNOVSKÝ, H. FIFKOVÁ (eds.). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing, s. 57-87. ISBN 8024709295.
- Triple P – Positive Parenting Program. Home. The system at work. The system explained. triplep.net [online]. ©Neuvedeno. [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: <https://www.triplep.net/glo-en/triple-p-at-a-glance/>
- Triple P – Positive Parenting Program. Home. Triple P at a glance. triplep.net [online]. ©Neuvedeno. [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.triplep.net/glo-en/triple-p-at-a-glance/UNIVERZITA KARLOVA>. [online]. ©2012 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: https://www.pppuo.cz/soubory/pro_pedagogy/metodici_prevence/SLOVNIK.pdf
- ÚŘAD VLÁDY. [online]. ©2019 [cit. 2022-07-19]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/dokumenty/AP-DN---grafikaFINAL.pdf>
- VARGOVÁ, Denisa a Eva, MYDLÍKOVÁ. 2020. Od naivního entuziazmu po racionální konstruktivismus v preventivních programech. Sociální práce / Sociálna práca. [online] 20 (2) [cit. 2022-06-11]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/03/SP2_2020_web.pdf
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0225-7.
- VELEMÍNSKÝ, Miloš, Sr., O. Dvořáčková, J. Samková a kol. 2020. *Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic*. Child Abuse & Neglect, [on-line]. [cit. 2022-08-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32063382/>
- VZDĚLÁVACÍ INSITUT OCHRANY DĚTÍ O.P.S.. [online]. ©2006 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zprava/1385375890.pdf>

Anotace

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma sociální práce s cílovou skupinou dětí ohrožených týráním, zneužíváním a zanedbáváním. Jejím cílem je poukázat na aktuální možnosti a nástroje v poskytování sociální práce u obětí syndromu CAN a zároveň nastínit faktory, jež mohou způsobovat komplikace při jejím poskytování. V první části je shrnutí teoretického rámce syndromu CAN včetně jeho forem, na což navazuje představení tématu v kontextu aktuální legislativy. Dále je představena pozice sociálního pracovníka s cílovou skupinou. Ve druhé části jsou rozděleny různé stupně prevence včetně konkrétních nástrojů, jimiž sociální pracovníci v tomto kontextu disponují. Na závěr jsou uvedeny příklady dobré praxe ze zahraničí, jež se osvědčily a mohou do budoucna sloužit jako inspirace při předcházení týrání, zanedbávání a zneužívání dětí.

Klíčová slova

Prevence, syndrom CAN, efektivita sociální práce, možnosti a limity.

Annotation

This bachelor's thesis focuses on the topic of social work with the target group of children at risk of abuse, neglect, and maltreatment. Its aim is to highlight current possibilities and tools in providing social work to victims of the CAN syndrome, while outlining the factors that may cause complications in its provision. The first part summarizes the theoretical framework of the CAN syndrome, including its forms, followed by an introduction to the topic in the context of current legislation. The position of the social worker with the target group is also presented. In the second part, different levels of prevention are divided, including specific tools available to social workers in this context. Finally, examples of good practice from abroad are presented, which have proved successful and can serve as inspiration for preventing the abuse, neglect, and exploitation of children in the future.

Keywords

Prevention, CAN syndrome, effectiveness of social work, possibilities and limitations.