

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Hana Vaňková

SANACE RODINY S DĚTMI POSTIHNUTÝMI SYNDROMEM
CAN

Olomouc 2015

Vedoucí práce: PhDr. Linda Švrčinová

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury této práce.

V Olomouci, 2015

.....

Hana Vaňková

Děkuji paní PhDr. Lindě Švrčinové za odborné vedení a za podnětné rady, které mi poskytovala při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala sociálním pracovnícím, které mi poskytly rozhovor a umožnily tak získání informací potřebných pro výzkum této bakalářské práce.

A v neposlední řadě děkuji své rodině a manželovi za soustavnou podporu a trpělivost v průběhu celého mého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Vaňková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	PhDr. Linda Švrčinová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015
Název práce:	Sanace rodiny s dětmi postihnutými syndromem CAN
Název práce v angličtině:	Providing Help to Families with Children Affected by Child Abuse and Neglect Syndrome
Anotace práce:	Práce se dělí na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá vysvětlením pojmu syndrom CAN a jeho formami, rizikovými faktory a legislativním ukotvením syndromu CAN. Dále přibližuje práci OSPOD a vysvětluje pojem sanace rodiny. Praktická část navazuje na část teoretickou a je zaměřena na zjištění efektu sanace rodiny a spolupráce OSPOD s neziskovými organizacemi v rámci sanace rodiny.
Klíčová slova:	Dítě, rodina, syndrom CAN, týrání, zneužívání, zanedbávání, sociálně-právní ochrana dětí, sanace rodiny.
Anotace práce v angličtině:	This Thesis is dividend into a theoretical an practical part. The theoretical part focuses on explaining the term Child Abuse and Neglect Syndrome. At the same time it deals with its types, risk factors as well as the legislative basis of this syndrome. It describes the work of OSPOD (The Services of Social-Legal Protection of Children) and the Czech term sanace rodiny (providing help to families with children who find themselves in difficult situations). The partical part is based on the theoretical one and it focuses on the result of providing help to families with children and OSPOD collaboration with non-profit organizations within the help provided to families in need.
Klíčová slova v angličtině:	Child, Family, Syndrome CAN, Abuse, Neglect, Social-Legal Protecton of Children, Helping the Families in Need
Přílohy vázané v práci:	6
Rozsah práce:	68
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 SYNDROM CAN.....	10
1.1 Historie syndromu CAN	10
1.2 Formy syndromu CAN	13
1.2.1 Fyzické týrání.....	14
1.2.2 Psychické týrání	15
1.2.3 Sexuální zneužívání	16
1.2.4 Zanedbávání dítěte	17
1.2.5 Zvláštní formy syndromu CAN	17
2 RIZIKOVÉ FAKTORY	20
2.1 Rizikové oběti.....	20
2.2 Rizikovní pachatelé	21
2.3 Rizikové situace.....	21
2.4 Rizikové rodiny	22
3 LEGISLATIVA.....	24
3.1 Úmluva o právech dítěte	24
3.2 Občanský zákoník.....	25
3.3 Zákon o sociálně-právní ochraně dětí	26
3.4 Zákon o ústavní výchově	27
3.5 Trestní zákoník	28
4 ÚLOHA ORGÁNU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ	29
4.1. Postup při řešení	31
4.2 Předběžná opatření a rozhodnutí o umístění dítěte.....	35
5 SANACE RODINY	37
5.1 Rodiny vhodné pro sanaci	38
5.2 Práce s rodinou	41
5.3 Podpora rodiny.....	44
5.4 Asistovaný kontakt	44
II PRAKTICKÁ ČÁST	47
6 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	48
6.1 Cíl výzkumu.....	48

6.2 Metodologie výzkumu	49
6.3 Výběr vzorku respondentů a průběh šetření	49
7 VYHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A ZÁVĚREČNÁ DISKUSE	51
7.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	51
7.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2	52
7.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3	53
7.4 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4	54
7.5 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5	54
7.6 Závěrečná diskuse	55
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	61
SEZNAM ZKRATEK	66
SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Každý z nás alespoň jednou za svůj život slyšel o tom, že některé (třeba i konkrétní) dítě bylo týráno, zneužíváno nebo zanedbáváno. Ví, že to není dobré, ví, že dítě trpí. Ale jen málokdo dokáže to, co se s dítětem děje, pojmenovat. A jak s takovým dítětem jednat nebo jak mu pomoci, to je jedna velká neznámá.

Syndrom CAN neboli syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte skýtá příznaky a dopady, které nejsou až tak neznámé, avšak to, čím si dítě prochází a jak mu pomoci, mnoho z nás neví. Přitom týrání, zneužívání nebo zanedbávání dětí se díky medializaci dostává do povědomí lidí mnohem více, než tomu bylo dřív. Obávám se však, že to stále nestačí.

Cílem mé bakalářské práce je upozornit na tento sociálně patologický jev, se kterým se ve svém životě setkalo mnoho dětí. Dopady jsou nedozírné, mnoho těchto dětí zůstane poznamenaných na celý život. Proto považuji za důležité snažit se na tento jev upozorňovat a pracovat na jeho odstranění, na prevenci.

Kromě škol a lékařských zařízení, kde lze postihnout příznaky syndromu CAN u dítěte, považuji za důležitou také sociální pomoc od státu a neziskových organizací. Konkrétně se zaměřuji na program sanace rodiny, který má za cíl pomoci rodinám, ve kterých se syndrom CAN již vyskytl a které mají naději na „uzdravení“. V rámci sanace sociální pracovníci učí rodiče, jak se starat o své děti, jak rodinu finančně zajistit, pomáhají se splátkovými kalendáři či s pochůzkami po úřadech apod. Rodina se učí, jak správně fungovat a poskytovat všem členům to, co potřebují. Tuto pomoc shledávám jako velmi pozitivní a efektivní.

Dále bych se chtěla zaměřit na spolupráci orgánu sociálně právní ochrany dětí a neziskových organizací, a to z toho důvodu, že program sanace zprostředkovávají právě neziskové organizace. Spolupráce mezi danými orgány je tedy velmi důležitá. Pokud by tato spolupráce nefungovala, nemůže ani sanace rodiny být 100% úspěšná.

Bakalářská práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části přibližujeme syndrom CAN jako takový, sanaci rodiny, práci sociálně právní ochrany dětí a legislativní ukotvení dané problematiky. Tato část je členěna na 5 kapitol, ve kterých se snažíme shrnout získané informace z literatury a dalších dostupných zdrojů.

Praktická část je členěna na 2 kapitoly a poskytuje náhled do našeho šetření. Je zde popsán cíl výzkumu, výzkumná metoda, vzorek respondentů a na závěr vyhodnocení výzkumného šetření. Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativně orientovaný výzkum, a to konkrétně získávání informací pomocí rozhovorů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM CAN

V této kapitole chci přiblížit syndrom CAN jako takový, historii tohoto pojmu a jeho jednotlivé formy.

V současné době je týrání, zneužívání a zanedbávání dětí souhrnně označováno anglosaskou zkratkou CA (Child Abuse and Neglect), což přeloženo do českého jazyka znamená týrání a zneužívání dětí (Bechyňová, 2007). Tento překlad je ale značně neúplný, proto se upřednostňuje nedoslovný překlad, tedy syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Tímto pojmem jsou označeny všechny formy ubližování dítěti, kterých se někdo dopustil vědomě, včetně nezabránění takovému ubližování (Matoušek, 2008, str. 220). Slaný (2008) ve své práci dále udává, že jde o nenáhodný děj (neděje se v afektu, ale plánovaně, cíleně), který je v dané společnosti nepřijatelný nebo odmítaný a který je preventabilní, tzn. lze mu předcházet. Jedná se o *akci* charakteru tělesného týrání, duševního týrání nebo sexuálního zneužívání a *ne-akci* v podobě zanedbávání, duševní deprivace a nepečování o dítě.

V každém případě dochází k „*poškození tělesného, duševního nebo sociálního stavu a vývoje dítěte*“ (Bechyňová, 2007, str. 9). To s sebou samozřejmě nese negativní následky, což může ovlivnit nejen celé dětství, ale také dospělý život jedince postiženého syndromem CAN. Kromě tělesných poranění se téměř ve většině případů setkáváme s traumatizací a psychickou deprivací, může se vyskytovat také posttraumatická stresová porucha a další psychické obtíže. Navíc existuje zvýšené riziko, že dítě, které bylo postiženo syndromem CAN v některé z jeho forem, bude i se svými dětmi zacházet nevhodným způsobem (Bechyňová, 2007).

1.1 Historie syndromu CAN

Vývoj pojmu syndrom CAN je velmi úzce spjat s postavením dítěte ve společnosti. Přestože dnešní společnost je, alespoň na našem území a na území všech větších zemí světa, pedocentrická, tzn. na děti zaměřená, ne vždy tomu tak bylo. Dětství má v současnosti takovou hodnotu, jakou nikdy dříve nemělo. V zásadě můžeme říci, že od pravěku až po celý starověk a středověk bylo k dítěti přistupováno asi tak, jako nyní k embryu. Zahubení mladého života bylo tehdy chápáno velmi podobně, jako dnes umělé ukončení těhotenství (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Nutno však podotknout, že při úvahách nad touto problematikou nelze vyloučit kulturní a náboženský kontext tehdejších dob. Lidské oběti, ať už dítěte nebo dospělého, byly považovány za součást jakýchsi náboženských rituálů. To, co je pro naši společnost naprosto nemyslitelné, bylo v těchto kulturách posvátnou součástí náboženského vnímání. Postupem času a v souvislosti s proměnou lidské společnosti byly lidské oběti nahrazeny zvířetem nebo nějakým předmětem (Slaný, 2008).

Významným historickým přelomem byl rok 313, kdy císař Konstantin vydal Edikt milánský. Ten uznal křesťanství za státní náboženství, což především po otce znamená konec rodičovského práva „pater potestas“, kdy si vůči svému dítěti mohl dovolit prakticky cokoli (Špeciánová, 2003). Už za dob Ježíše Krista bylo dětem a vůbec každému člověku nerozdílně přisouzeno stejné místo před Bohem. Každý narozený život tedy měl svou hodnotu. Teprve až o několik desítek let později po vydání Ediktu milánského, v roce 374, však byla tato skutečnost právně ukotvena, a to vydáním římského zákona, ve kterém bylo poprvé zabití dítěte klasifikováno jako vražda (Slaný, 2008).

V následujících letech se jako reakce na tento fakt zřizovaly útulky pro odložené děti. Důvodem vybudování útulků však nebylo obstarat nechtěným dětem střechu nad hlavou, potřebnou péči a také zamezit jejich vraždění, ale zajistit očistu duší matek i otců těchto dětí, kteří by své dítě zavraždili, pokud by neměli jinou možnost, a tím by se dopustili hříchu. Byla také zřizovaná tzv. torna, tehdejší obdoba dnešních baby boxů, tedy místa, kde bylo možné nechtěné děti odložit. Jednalo se o otáčedla umístěná ve vratech nebo zdech klášterů, kam mohli rodiče své nechtěné potomky uložit a zajistit tak pro sebe anonymitu a bezpečí pro děti (Špeciánová, 2003).

V průběhu let se ale situace postupně měnila v souvislosti s rozvojem společnosti. Od 16. století dochází k proměně rodiny i koncepce dětství. Do popředí se dostává vztah mezi rodiči a jejich potomky, ale také i představa, že dítě potřebuje určité morální zakotvení a vědomosti. V této době přichází Jan Ámos Komenský se svou koncepcí výchovy a vzdělávání pro chudé i bohaté. V 18. století se situace velmi významně zlepšila ve prospěch dítěte, kdy řada osvícenců formulovala postavení dítěte jako naděje společnosti, proto bylo nutné věnovat úsilí jeho výchově i vzdělávání. Později v 19. století byl zahájen boj proti dětské práci. Do konce století pak byla práce dětí do 15 let zakázána. V 20. století se upouští od poslušnosti a přechází se k rozumovosti výchovy a vytváření určitých návyků. Rodina se stala nukleární jednotkou společnosti. To se také odráží ve vzniku nových společenských institucí, které se

čím dál více zabývají rodinou a dětmi. Vzniká mnoho laických a dobrovolnických organizací – např. „Komise péče o děti“, „Ochrana matek a kojenců“ atd., později se rozvíjí síť sociálních služeb a odborné poradenské služby psychiatrické, psychologické a sociálně pediatrické, které se rozvíjejí až do současné doby (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Veškerý vývoj v pojetí dítěte a jeho postavení ve společnosti s sebou nesl samozřejmě také reakce. Především se jedná o snahu státu, samosprávy a dobrovolných organizací zamezit špatnému zacházení s dětmi. Hledají se nové způsoby a formy péče o děti a jejich ochrany před takovým zacházením. Jednou z takových prvních organizací byla Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která vznikla v roce 1883 v Liverpoolu, v roce 1884 pak v Londýně. Dnes je tato společnost předlohou pro mnoho dalších dobrovolných organizací (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

V dalších letech se stalo středem zájmu především fyzické týrání dětí. John Caffey (1946) a Silverman (1953) rozlišili složité poranění dětí, které vzniklo v souvislosti s krutým zacházením s dítětem. Jednalo se především o nálezy zlomenin žeber, lopatek, nitrolebního krvácení, zhojených četných fraktur dlouhých kostí, u kterých bylo patrné, že vznikly jinak než úrazem (Slaný, 2008). Američan Dr. Henry Kempe pak v roce 1962 na základě zkoumání dětí zasáhnutých takovým druhem poranění pojmenoval tento jev „syndromem bitého či týraného dítěte“ („Battered Child syndrome“). Zároveň jeho článek znamenal převratnou změnu v chápání tohoto jevu a postupně se přijímaly zákony o povinnosti hlásit týrání dětí v jednotlivých státech USA (Hanušová, 2006). Jeho snažení upozornit na tento negativní jev ve společnosti vyústilo v širší pojem syndromu Child Abuse, tzn. zneužití dítěte. Stále ale středem zájmu bylo především tělesné týrání. To se později rozlišilo ještě na aktivní formu a pasivní formu. Zatímco aktivní forma znamenala především ohrožování nebo poškozování dítěte násilím v jeho nejrůznější podobě, pasivní forma poukazovala na poškozování tělesné oblasti při nedostatečném uspokojování jeho životních potřeb. S poznáním tělesného, fyzického ubližování se ukázalo, že týrané děti trpí i emocionálně, psychicky, což významně přispělo k formulaci druhé oblasti syndromu CAN – tj. zanedbávání dítěte (Child Neglect) (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Dochází ke spojení obou oblastí a tedy vytvoření pojmu „Child Abuse and Neglect“, tzn. syndrom CAN. V tomto pojetí však ještě nejsou zahrnuty všechny formy syndromu, jak je známe dnes.

V 60. až 80. letech 20. století dochází k soustředění se na nový problém – sexuální zneužívání. Bylo započato registrování sexuálního zneužívání dětí a pozornost byla

soustředěna především tímto směrem (Slaný, 2008). Mezi další problematiky, které se začaly prošetřovat, patří tzv. sekundární viktimizace a systémové týrání. Tím vzniká syndrom CAN tak, jak ho známe dnes.

Ještě předtím, 20. listopadu 1959 Organizace spojených národů (dále OSN) vyhlásila Chartu práv dítěte, někdy též označovanou jako Deklarace. Tato Deklarace je předchůdkyní pozdější Úmluvy o právech dítěte. Cílem Charty bylo zakotvení skutečnosti, že dítě potřebuje zvláštní péči, záruky i právní ochranu před narozením i po něm (Deklarace práv dítěte, [online]). 30. září 1990 OSN vyhlásila Úmluvu o právech dítěte, která se stala „*mezinárodní konvencí stanovující občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí*“ (Deklarace práv dítěte, [online]).

Na našem území se od počátku 70. let problematikou týrání a zneužívání dítěte zabýval profesor Dunovský, který přispěl řadou významných prací (Hanušová, 2006).

1.2 Formy syndromu CAN

V roce 1991 se v Praze konala III. evropská konference pro prevenci týrání dětí, na které byl poprvé popsán syndrom týraného a zneužívaného dítěte (Špeciánová, 2003). Tyto závěry v roce 1992 dále rozvinula Zdravotní komise Rady Evropy, která mimo jiné vymezila stěžejní pojem *syndrom zanedbávaného a zneužívaného dítěte* – „*jde o jakékoliv vědomé či nevědomé aktivity, kterých se dopouští dospělý člověk (rodič, vychovatel nebo jiná osoba) na dítěti a jejichž následkem dochází k poškození zdraví a zdravého vývoje dítěte. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte*“ (Bechyňová, 2011, str. 36).

Mezi formy syndromu CAN zahrnujeme **tělesné týrání** (tělesné ublížení dítěti, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a o nezabránění takovému ublížení či utrpení dítěte) (Hanušová, 2006), **psychické týrání** (takové chování abusora, které má negativní vliv na celkový citový vývoj dítěte a které může mít formu verbálních útoků, zavrhování dítěte, či vyvolávání situací, kdy má dítě neustálý pocit strachu) (Hanušová, 2006), **zanedbávání** (nedostatek péče, která je nezbytná pro tělesný a duševní vývoj dítěte), **sexuální zneužívání** (nepřístojné vystavení dítěte sexuálnímu chování či jinému kontaktu, který slouží k uspokojování potřeb zneuživatele - patří zde veškeré projevy sexuálního chování, tzn. i ty, které dítě nemusí vnímat jako špatné a mohou mu být příjemné) (Fisher, Škoda, 2009).

Dále zde patří zvláštní formy syndromu CAN, kam řadíme **systemové týrání**, které zahrnuje týrání způsobené systémem, který byl primárně založený pro poskytování pomoci a ochrany dětem a jejich rodinám (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000); **sekundární viktimizaci**, úzce související se systémem týrání, kdy dítě bývá vystavováno psychické zátěži spojené s vyšetřováním pro syndrom CAN – patří zde např. opakované výpovědi, zpochybňování věrohodnosti dítěte, odebrání dítěte z rodiny či obviňování dítěte apod. (Fisher, Škoda, 2009); **Münchhausenův syndrom by proxy**, což je termín označující nemoc, kterou u dítěte vytvořil dospělý, zpravidla se jedná o matku – matka simuluje a vytváří u dítěte určité příznaky a předkládá ho lékařským vyšetřením. Důvodem takového chování bývá touha po pozornosti a obdivu (Sillamy, 2001; Vágnerová, 2008).

Někteří autoři také zahrnují šikanu do syndromu CAN. Šikana se obvykle projevuje jako agrese páchaná jedincem nebo skupinou, kteří útočí vůči jedinci či skupině víceméně bezbranných osob. Oběti jsou bezbranné většinou pro svou fyzickou či jinou slabost nebo pro nemožnost účinné obrany. Charakteristické přitom je, že k agresi často dochází opakovaně (Hanušová, 2006).

1.2.1 Fyzické týrání

Tělesné týrání zahrnuje všechny formy násilí na dítěti (Fisher, Škoda, 2009). Jedná se o takové akty, jako je např. bití, trestání, opáření, popálení a také pochybení v oblasti ochrany dítěte před násilím (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Tyto akty zanechávají na těle dítěte patrné projevy, např. tržné rány, podlitiny, modřiny, zlomeniny, popáleniny apod. Patří zde však také případy, kdy dítě nemá přímé známky fyzického týrání, je ale postihnuto utrpením zapříčiněným otrávením, dušením, podáváním drog a alkoholu nebo jiným podobným násilím. Další podskupinu tvoří děti, které byly sexuálně zneužity za použití násilí, či děti, které byly opakovaně a záměrně lékařsky vyšetřovány (Hanušová, 2006).

Tělesné týrání se projevuje na těle dítěte nejrůznějšími způsoby – od uzavřených až po otevřená poranění. Mezi zavřená poranění patří otřesy (mozku a míchy), pohmoždění (to se objevuje až u 90% fyzicky týraných dětí), vytrhávání vlasů, kousání, poranění svalů, šlach, nervů, cév, kloubů, poranění kostí, hlavy, míchy (Hanušová, 2006; Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). V této souvislosti je důležité zmínit „Shaken Infant Syndrom/Syndrom

třesení s dítětem“. Jde o extrémní násilí, kdy dochází k velmi silnému třesení s dítětem, které následně způsobuje intrakraniální krvácení, nitrooční hemoragie, avšak bez známek vnějšího poranění hlavy. Takovéto zranění může způsobovat fatální dopad na následný neurologický vývoj dítěte, v nejhorších případech může způsobovat smrt. Velmi závažná jsou také poranění nitrobřišních orgánů, která jsou 2. nejčastější příčinou smrti u pacientů postižených syndromem CAN (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Mezi otevřená zranění se řadí např. rány na hlavě, rány na hrudníku, popáleniny. Mezi příznaky akutních stavů jsou uváděny bezvědomí, bolesti břicha, hlavy, závratě, poruchy dýchání a krevního oběhu a křečové stavy (Hanušová, 2006; Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

V mnoha případech bývá dítě týráno členem rodiny. Objevení takového ohrožení dítěte většinou trvá relativně dlouho, obzvláště pokud je agresorem matka. Dítě trpí opakovanými útoky, poranění bývají neošetřená a neléčená a dochází k výskytům mnohačetných zranění. Při diagnóze se objevují kromě pohmožděnin, oděrek a ran i vnitřní krvácení a fraktury různého původu a data. Týrání v rodině bývá spojeno s řadou dalších velmi závažných faktorů, mezi které patří zanedbávání, emocionální týrání, psychická deprivace a celkově velký výskyt stresu v rodině. Řešení tak vyhroceného stavu musí být zásadní a radikální (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995; Bechyňová, 2007).

1.2.2 Psychické týrání

Psychické týrání zahrnuje takové chování agresora, které má vážný negativní vliv na psychický vývoj dítěte, na vývoj jeho chování, osobnosti nebo na rozvoj interpersonálních vztahů. Může jít o ponižování, nadávky, opovrhování, zesměšňování, výhrůžky, odmítání dítěte, citové vydírání či deprivace (Fisher, Škoda, 2009).

Velmi citlivým jevem se stávají přehnané ambice či vysoké nároky na dítě, které jej mohou frustrovat a následně v něm vyvolávat pocit méněcennosti. Tyto ambice mohou být v mnoha případech nepřiměřeně vysoké schopnostem a dovednostem dítěte a reakce rodičů na neplnění jejich nároků jsou většinou tresty, nadávky, nežádoucí také vydírání (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

Psychické týrání se vyskytuje v podstatě vždy společně se sexuálním zneužíváním a fyzickým týráním (Fishe, Škoda, 2009). Na rozdíl však od bolesti tělesné přetrvává bolest psychická ještě dlouho po ranění. Za následek má pocity nedůvěry, méněcennosti, stavy úzkosti a nedostatek sebedůvěry. Dítě pak svoji nízkou sebedůvěrou či nejistotu může nevhodně ventilovat agresivními útoky namířenými proti svému okolí, nebo naopak uzavřením se do sebe (Pöthe, 1996).

Psychické týrání je na rozdíl od tělesného týrání či sexuálního zneužívání těžce prokazatelným jevem. Může to být z toho důvodu, že zmíněné dva pojmy jsou vymezené daleko lépe a ve většině případů jsou následky těchto činů patrné již na první pohled. To se ovšem nedá říci o týrání citovém. Kamenem úrazu může být právě to, že psychické týrání jako pojem je značně nejasné (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Na rozdíl od fyzického týrání nezanechává žádné zřetelné stopy na těle oběti, a to, co je prokazatelné, jsou změny v psychice dítěte a úzkostné a depresivní stavy. Při neustálém tlaku na dítě mohou vznikat i dlouhodobější psychické poruchy (Pöthe, 1996).

1.2.3 Sexuální zneužívání

Termín sexuální zneužívání označuje veškeré sexuální aktivity od mazlení až po pohlavní styk, přičemž k pohlavnímu styku dochází dle studií Bakera a Duncana asi v 5 % všech sexuálních incidentů. (Elliot, Place, 2002).

Většina autorů dělí pohlavní zneužívání na dotykové a bezdotykové. Bezdotyková (nekontaktní) forma zahrnuje nevhodné sexuální návrhy, exhibicionismus (ukazování pohlavního orgánu případně masturbace před dítětem), voyeurismus (sexuální vzrušení při sledování svlékajícího se nebo nahého dítěte) a zneužívání dítěte pro tvorbu dětské pornografie (Hanušová, 2006).

Dotykové (kontaktní) formy můžeme dále ještě dělit na nepenetrativní a penetrativní aktivity. Mezi nepenetrativní aktivity patří mazlení, hlazení na prsou či genitálech, a to ať už předmětem, rukou či genitálem. Penetrativní jsou takové aktivity, při nichž dochází ke vniknutí prsty či předmětem do genitálu (Hanušová, 2006). Je ale třeba říci, že aktivita musí dospělého člověka sexuálně uspokojovat. Není možné považovat za sexuální zneužívání běžné mazlení dítěte s rodičem, které je především u malých dětí velmi důležitou složkou projevu určité vazby k jednotlivým členům rodiny (Vágnerová, 2008).

Na rozdíl od fyzického týrání a zanedbávání, kterého se dopouštějí jak muži, tak ženy, je 95 % případů sexuálního zneužívání „dílem“ mužů a chlapců (Bentovin, 1998). Povaha sexuální aktivity však koresponduje s věkem dítěte. Pohlavní styk se u prepubertálních dětí vyskytuje vzácně, obvykle bývá malé dítě vystaveno spíše genitální stimulaci či nepřiměřenému mazlení (Gjuričová, Kocourková, Koutek, 2000). Z výsledků britské studie z roku 1995 navíc vyplývá, že pachatel bývá ve většině případů dítěti znám. Za 33 % případů zneužití s tělesným kontaktem byli zodpovědní příbuzní dítěte, 30 % bylo spácháno sousedem nebo přítelem rodiny. Až čtvrtinu obětí zneužil otec, nevlastní otec, strýc, bratr nebo prarodič (Pöthe, 1996). Veškeré sexuální aktivity nemusí být dítěti nepříjemné, vždy ale narušují jeho správný vývoj.

V této oblasti je bezpochyby nutné také zmínit komerční sexuální zneužívání. (v anglosaské literatuře označováno jako Commercial Sexual Exploitation of Children). Jedná se o „užití dítěte k sexuálnímu účelu za finanční nebo jinou odměnu“ (Milfait, 2008, str. 10). Rozlišují se tři formy komerčního sexuálního zneužívání – dětská prostituce, dětská pornografie a obchod s dětmi pro sexuální průmysl (Milfait, 2008).

1.2.4 Zanedbávání dítěte

Zanedbávání je důsledkem nedostatečného uspokojování potřeb dítěte, způsobeného omezením běžné interakce mezi rodičem a dítětem (Vágnerová, 2008). Je to jakýkoliv nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu na vývoji dítěte nebo jej přímo ohrožuje (Hanušová, 2006).

Hanušová (2006) jej dělí na tělesné zanedbávání, citové zanedbávání a zanedbávání výchovy a vzdělání. Tělesné zanedbávání zahrnuje především neposkytování patřičné stravy, přístřeší, oděvů, zdravotní péče či ochrany před okolními negativními podněty. Citové zanedbávání obsahuje neuspokojování emocionálních potřeb dítěte. Zanedbávání výchovy a vzdělání znamená neposkytování dítěti přiměřenou možnost dosáhnout určitého vzdělání, kterého by pro svůj potenciál bylo schopno dosáhnout, a to např. častou absencí ve škole, prací v domácnosti, nedostatkem stimulace. Veškeré formy zanedbávání mají za následek zaostávání dítěte v mnoha aspektech života.

Zanedbávání patří mezi nejčastější způsoby špatného zacházení s dítětem. Odhaduje se, že až polovina případů ohrožení dítěte prostředím je tvořena zanedbáváním. Zanedbávání může

působit přímo či nepřímo na vývoj dětské psychiky, a přesto, že dopady zanedbávání na psychiku dítěte nejsou empiricky prozkoumány, jisté je, že takové dítě je vystaveno zvýšenému riziku selhání ve školních výsledcích a dosažení nižšího vzdělání, než jakého by mohlo díky svým schopnostem dosáhnout (Bechyňová, 2007).

1.2.5 Zvláštní formy syndromu CAN

Mezi zvláštní formy syndromu CAN se většinou řadí systémové týrání, sekundární viktimizace, Münchhausenův syndrom by proxy, organizované zneužívání a rituální zneužívání.

Systemové týrání

Jedná se o týrání způsobené systémy, které byly vytvořeny původně pro pomoc a ochranu dětí a jejich rodin. Přesto, že by v dané situaci měly dítěti pomáhat, svým přístupem dítě spíše poškozují (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Můžeme zde řadit bezprávné oddělení dítěte od rodiny, dlouhodobé umístění do ústavní výchovy, vleklé rozvody a spory o svěření dítěte do péče (Vaničková, 2007). Patří zde také nedostatečná péče o děti ve školách a denních zařízeních nebo nedostatečná péče o děti v dysfunkčních či jinak problémových rodinách (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Nedostatečná profesionalita odborníků starajících se o dítě pak u něj může rozvinout sociální trauma a dítě je sekundárně viktimizováno (Vaničková, 2007).

Sekundární viktimizace (druhotné zneužívání a ponižování)

Sekundární viktimizace bývá velmi často spojováno se systémovým týráním (Špeciánová, 2003). Dítě, které je vyšetřováno po podezření na týrání, zanedbávání nebo zneužívání, je druhotně ponižováno a vystavováno psychické nepohodě. Dítě jako oběť syndromu CAN se obrací na orgány s prosbou o pomoc a místo toho se stává obětí vyšetřování (Müllerová, 2014). Jde např. o případy, kdy je dítě vystavováno opakovanému vyslýchání a tím je nuceno si nepříjemnou a bolestivou vzpomínku znovu vybavovat, nebo kdy je dítě vyslýcháno u soudu za přítomnosti pachatele. Také dochází k tomu, že se dítě poprvé svěřuje se svým problémem a jeho výpověď je zpochybňována. (Tuto problematiku jsem zmiňovala již v kapitole o sexuálním zneužívání.) V neposlední řadě zde patří také opakované lékařské

prohlídky, které jsou nadbytečné, tedy ty, které není nutné již vykonávat a které dítě pouze traumatizují (Špeciánová, 2003).

Münchhausenův syndrom by proxy („syndrom barona Prášila“)

Vlastní Münchhausenův syndrom bychom mohli popsat jako předstíranou poruchu, kdy pacient předstírá nejrůznější obtíže, zkresluje laboratorní výsledky či se zcela dobrovolně podrobuje lékařským vyšetřením včetně operativních výkonů. V této podobě se ale u dětí Münchhausenův syndrom vyskytuje spíše vzácně, a to většinou v období dospívání, kdy je zpravidla spojen se sebepoškozováním (Bechyňová, 2007). Častěji se vyskytuje syndrom v zastoupení (by proxy), jež je charakterizován jako vyrábění příznaků, manipulování s lékařskými výsledky (např. příměs krve do vyšetřované moči apod.), či přímé poškozování dítěte s úmyslem simulovat určité onemocnění. Pokud lékaři nabydou podezření, že se dítě stalo obětí Münchhausenova syndromu v zastoupení, je důležité zamezit kontaktu rodiče s dítětem (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Přitom v přítomnosti lékaře se takový rodič chová vzorně, vřele, snaží se u druhých vyvolat domněnku, že mezi ním a dítětem je hluboký vztah, ale jakmile v pokoji zůstane sám, jeho zájem o dítě upadá. To zachycují i skryté kamery v pokojích hospitalizovaných dětí. Nutno podotknout, že takoví rodiče, kteří způsobují svému dítěti nejrůznější zdravotní obtíže, sami trpí psychickými problémy nebo poruchami. Tímto způsobem si řeší své osobní nebo partnerské problémy, touží po uznání za péči o dítě, snaží se upoutat pozornost na sebe a získat obdiv za svou „obětavost“. Nežádá kdy se stává, že rodič má zdravotnické vzdělání, anebo se v dané problematice sám vzdělává (Bechyňová, 2007). Dalším důvodem pro takové jednání rodičů může být snaha získat určité sociální dávky a příspěvky (Zvláštní formy týrání a zanedbávání [online]).

2 RIZIKOVÉ FAKTORY

V souvislosti s diagnostikou syndromu CAN zároveň vyvstává otázka, proč se dětem ubližuje? Kdo nese odpovědnost: dítě, rodič nebo společnost (Pöthe, 1996)?

Odpovědi na tyto otázky nejsou zrovna jednoduché. Je ovšem patrné, že existují určité typy dětí, které se stávají oběťmi častěji než jiné. Mezi pachateli se také objevují některé typy dospělých mnohem více než jiné. A nepochybně důležitou roli hraje také prostředí, situace, ve které k ublížení dojde. Toto všechno můžeme shrnout pod názvem „rizikové faktory“. Je ovšem nutné si uvědomit, že na vzniku ubližování dítěti se podílí několik faktorů zároveň, stejně tak jako níže zmíněné faktory nelze vnímat jako jediný důvod, proč k ubližování dochází (Švrčinová, Hoferková, 2009; Pöthe, 1996).

Pod pojmem „rizikové faktory“ si můžeme představit určité hrozící nebezpečí, které je zatím latentní, skryté, ale za určitých podmínek se může i nemusí projevit. Toto nebezpečí ohrožuje „*život, zdraví, normální tělesný či duševní vývoj dítěte...*“ (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, str. 135). Proto se budeme snažit přiblížit alespoň ty nejčastější rizikové faktory, které nám mohou nejen pomoci lépe pochopit problematiku syndromu CAN, ale mohou také sloužit jako vhodné vodítko při vytváření preventivních opatření (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). Je však třeba mít na paměti, že jednotlivé typy a formy rizika jsou velmi zobecněné a přítomnost některého ze znaků v té které rodině ještě nemusí signalizovat výskyt syndromu CAN.

2.1 Rizikové oběti

I přesto, že existují určité typy dětí, které se stávají oběťmi častěji než jiné a agresivitu svých rodičů či vychovatelů k sobě „přitahují“, je nutné si uvědomit, že v žádném případě za to nenesou zodpovědnost. (Pöthe, 1996) Rizikové chování dítěte sice funguje v mnoha případech jako „spouštěč“ mechanismů, které mohou vyústit v uvolnění takového chování, které by dospělý měl za jiných okolností pod kontrolou, ale samotná rizikovitost dítěte nestačí (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005). K jakýmkoliv patologickým jevům dochází tehdy, pokud zároveň existuje určitá „otevřenost“ vůči agresivitě či jinému ubližování dítěti u dospělých. Zodpovědnost je tedy vždy na straně dospělého (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995; Pöthe, 1996).

Děti, které bývají nejčastěji v pozici oběti zanedbávání, jsou ty, které bývají nevýrazné, pasivní, nějakým způsobem znevýhodněné (např. děti nemocné či postižené – takové děti zklamali očekávání rodičů). Týrání se rodiče dopouští většinou na dětech, jejichž chování je nesrozumitelné (např. děti úzkostné), jejichž chování rodiče vyčerpává a zatěžuje (např. děti trpící syndromem hyperaktivity, s obtížným temperamentem s převažujícím negativním emočním laděním apod.), jež si vymáhají uspokojování svých potřeb (např. děti deprivované), a/nebo které nenaplnily očekávání rodičů (např. děti postižené, nehezké, sociálně neobratné apod.). Oběťmi sexuálního zneužívání se stávají většinou typicky ženské, mazlivé, koketní holčičky či děti bezbranné (postižené či jinak znevýhodněné) (Vágnerová, 2008).

2.2 Rizikové pachatelé

Je patrné, že některé typy dospělých inklinují k ubližování dětem více než jiní (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995). V této podkapitole se budu snažit vystihnout obecné charakteristiky lidí, kteří se staví do role abusorů.

Mezi rizikové pachatele zanedbávání patří dospělí, kteří nemají pro rodičovskou roli dostačující kompetence, nejsou schopni nebo se nemohou o dítě starat a k vykonávání rodičovských povinností nejsou dostatečně motivováni. K týrání se uchylují dospělí, kteří mají sklon k agresi, nedokážou se ovládat, jedinci dráždiví, výbušní, lidé soustředění na své problémy, jedinci, kteří mají zvýšenou potřebu moci nad dítětem, lidé, kteří si děti nepřáli a nechtěli je. Sexuálního zneužívání se dopouštějí morálně narušení a sexuálně nevyzrálí jedinci, jedinci ztrácející schopnost kontroly nad svým pohlavním pudem (např. z důvodu nemoci či alkoholu a drog), často k sexuálnímu zneužívání dochází v rodině doplněné, většinou ze strany partnera matky, který k dítěti nechová typicky rodičovský vztah (Vágnerová, 2008).

Často dochází k tzv. transgeneračnímu přenos. Ten můžeme definovat jako „*přenos (transfer) určitého jevu z jedné generace na druhou*“ (Slovník cizích slov, [online]). Stává se docela běžným, že lidé, kteří se v dětství sami stali oběťmi týrání či zneužívání, se v dospělosti ke svým dětem chovají obdobným způsobem. Až 70 % násilníků bylo v dětství týráno a setkal se s hrubými fyzickými tresty (Vágnerová, 2008).

2.3 Rizikové situace

Veškeré riziko nelze vyvodit však pouze z rysů osobnosti účastníků (tzn. dětí – obětí a dospělých – pachatelů). Velkou roli zde hrají také situační činitelé. Nelze se však zabývat všemi situacemi, které jsou pro dítě ohrožující. V následujícím textu chci zmínit především ty, se kterými se v praxi můžeme setkat nejčastěji.

Rizikovou situací pro dítě může být:

- soužití s rodiči či vychovateli postiženými určitou psychickou nemocí nebo jinou vážnější zdravotní poruchou – kromě samotného ubližování dítěti je zde problém v tom, že dítě od svých vychovatelů přejímá nesprávné životní hodnoty a vzorce chování;
- pokud jsou rodiče psychicky nevyzrálí, nepřipravení přijmout rodičovskou zodpovědnost – tzn. případy, kdy „dětí mají děti“ – zde se stává, že rodiče svým dětem vyčítají své „ztracené mládí“, chovají se k dítěti lhostejně, v některých případech až vyloženě nepřátelsky;
- narození poškozeného dítěte – z důvodu již vytvořeného očekávání jsou rodiče v takovém případě zklamáni (mnohem hůře snáší zjevné vady než ty skryté);
- narození nechtěného dítěte – kvůli svému negativnímu postoji vůči dítěti nejsou rodiče schopni naplňovat nejzákladnější psychické potřeby dítěte;
- dojde-li k rozvodu rodičů – „*dítě je poškozováno nejrůznějšími formami rozpadu rodiny, rozchodem rodičů, jejich rozvodem, a to bez ohledu na věk, ve kterém se nachází*“ (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995, str. 152).
- narození dítěte mimo manželství – v takovém případě, kdy matka zůstala s dítětem sama, často nejsou uspokojovány hlavní potřeby dítěte, není zde možné vytvořit pocit úplné rodiny. Často se stává, že matky za svou situaci viní dítě (Dunovský, Dytrych, Matějček, 1995).

2.4 Rizikové rodiny

Rodina je nejintimnějším prostředím, které obklopuje dítě. Aby byla schopna plnit všechny své funkce a tím uspokojovat veškeré potřeby dítěte, je nutné, aby disponovala

příznivými vnějšími i vnitřními předpoklady. Mezi znaky rodin, které tyto své funkce nejsou schopny plnit, patří:

- rodiny, ve kterých jsou narušeny vztahy (a to ať už mezi rodiči a dětmi, tak i mezi manžely či sourozenci navzájem);
- přítomnost cizího člověka v roli otce (především v oblasti sexuálního zneužívání je typickým vzorec rodiny nevlastní otec – dospívající dcera – často nepřítomná matka) či časté střídání partnerů;
- nízký ekonomický statut rodiny;
- rodiny sociálně izolované (Pöthe, 1996).

3 LEGISLATIVA

Problematika syndromu CAN se dotýká mnoha oblastí života dítěte či rodiny jako takové. K tomu, abychom byli schopni zajistit dítěti zdravý a dobrý vývoj, je potřeba, aby tato byla zakotvena v legislativě České republiky.

3.1 Úmluva o právech dítěte

Úmluva o právech dítěte je konvence platná mezi všemi národy a je založena na myšlence, aby se dětem dostávalo vše, co potřebují k přežití, vyrůstání a naplnění svého potenciálu. Jedná se o občanská, politická, sociální, ekonomická a kulturní práva dětí bez ohledu na rasu, národnost nebo vyznání (Dětská práva [online]).

Úmluva byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1989. Na území České republiky byla Úmluva ratifikována v roce 1991. Obsahuje 54 článků a týká se každého člověka mladšího 18. let. Její obsah můžeme shrnout do 4 kategorií:

- Práva na život a přežití – Tato kategorie upravuje okruh práv, které dítěti zajišťují zdravý vývoj. Patří zde např. právo na život, výživu, zdravotní péči, právo na přiměřenou životní úroveň, bydlení atd.
- Práva na osobní rozvoj – Zde jsou zahrnuta práva jako např. právo na svobodu myšlení, náboženství, na vzdělání, právo na přístup k informacím, na hru a zábavu atd.
- Práva na ochranu – Tato práva dětem zajišťují ochranu před vším, co je ohrožuje. Zde patří např. právo na ochranu proti zneužívání, vykořisťování a všem druhům krutosti, svévolnému oddělení od rodiny atd. Patří zde také právo na ochranu proti poškozování v právním systému.
- Participační práva dětí – Tato kategorie dětem přiznává práva jakkoliv se účastnit na dění kolem sebe – např. mít možnost vyjádřit se k záležitostem, které se jich týkají a ovlivňují jejich život, nebo právo svobodně vyjádřit své názory apod (Unicef, [online]).

Každý stát, který Úmluvu ratifikoval, má povinnost tato práva chránit a přijmout k tomu potřebná opatření. Jakékoliv porušování práv a upravených v Úmluvě je trestné a je velmi přísně trestáno (Dětská práva, [online]).

3.2 Občanský zákoník

Nový občanský zákoník (dále NOZ) nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2014. Tímto dnem došlo ke zrušení právní úpravy rodinného práva (zákon č. 94/1963 Sb., o rodině) a touto problematikou se nadále zabývá zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník v části druhé – rodinné právo (§ 655 - § 975) (Kontinuita rodinného práva se současným stavem, [online]).

Obecné pojetí rodinné práva zůstává nezměněno, dochází pouze ke změnám spíše formulačním (z důvodu snadnějšímu porozumění textu). Dochází k zavedení nových institutů (např. rodinný závod) či navrácení některých institutů, které se v české právní úpravě již dříve vyskytly (např. osvojení zletilého) (Kontinuita rodinného práva se současným stavem, [online]).

Mého tématu se z rodinného práva dotýká nejvíce Hlava II, oddíl 2 – Poměry mezi rodiči a dětmi, které mimo jiné upravují oblast osvojení (včetně již zmíněného osvojení zletilého), práva a povinnosti rodičů i dětí, rodičovskou odpovědnost a vyživovací povinnost. Dále nás zajímá celá Hlava III, která se zabývá poručenstvím a jiným formami péče o dítě, včetně opatrovnictví, svěření dítěte do péče jiné osoby, pěstounství i ústavní výchovy.

Je zde stanoveno, že rodiče a dítě mají vůči sobě navzájem práva a povinnosti, kterých se nemohou vzdát (§ 855, Nový občanský zákoník). Tato práva a povinnosti rodičů vůči dětem trvají od narození dítěte do nabytí jeho zletilosti (§ 856). § 858 vysvětluje rodičovskou odpovědnost. Té se pak týká celý pododdíl 3 a upravuje péči o dítě a jeho ochranu, osobní styk rodiče s dítětem, zastoupení dítěte, péči a jmění dítěte, výkon rodičovské odpovědnosti po rozvodu manželství či výkon povinností a práv rodičů, kteří žijí odděleně (§ 865 - § 909).

Občanský zákoník také upravuje preventivní, výchovná a sankční opatření. V případě, že se dítě ocitne v situaci, kdy je ohrožen nebo narušen jeho vývoj či pokud se ocitne ve stavu nedostatku řádné péče, upraví soud předběžné poměry dítěte na nezbytně dlouhou dobu (§ 924).

Hlava III upravuje poručenství, opatrovnictví, svěření dítěte do péče jiné osoby, pěstounství a ústavní výchovu (§ 928 - § 975). Jsou zde stanoveny podmínky, práva a povinnosti vyplývající z jednotlivých forem péče o dítě.

3.3 Zákon o sociálně-právní ochraně dětí

Zákon č. 401/2012 Sb., O sociálně-právní ochraně dětí ve znění pozdějších předpisů s účinností od 1. 1. 2013 je rozčleněn na 11 částí, přičemž část 3 je dále rozdělena na 10 hlav, části 5 a 9 jsou rozděleny každá na 3 hlavy.

Část 1 (úvodní ustanovení) vysvětluje, co je sociálně-právní ochrana dětí, pojem dítě, kdo zajišťuje sociálně právní ochranu dětí, co je Úřad pro mezinárodní ochranu dětí a kde sídlí a dále vymezuje některé pojmy, jako např. jiná osoba odpovědná za výchovu dítěte, osoba pečující o dítě atd.

Část 2 objasňuje, co je zájmem sociálně-právní ochrany dětí, přičemž nejdůležitější je § 6, který přímo vysvětluje, kterých dětí se sociálně-právní ochrana týká.

Část 3 se dělí, jak jsme již zmínili dříve, na 11 hlav a řeší dílčí opatření sociálně právní ochrany. Nejpodstatnějšími jsou pro nás hlavy 4 a 5, které se zabývají pěstounskou péčí, a zvláště pak hlava 6, která se věnuje ústavní výchově a ochranné výchově.

V části 4 nalezneme zmíněná všechna zařízení sociálně-právní ochrany, tzn. zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zařízení sociálně výchovné činnosti, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a výchovně rekreační tábory pro děti.

Následuje část 5, která se týká pěstounské péče. Vysvětluje práva a povinnosti osoby pečující a osoby v evidenci, dohodu o výkonu pěstounské péče a dále jsou zde vypsány dávky pěstounské péče.

V části 6 jsou zmíněné náležitosti, které je nutné splnit pro poskytování sociálně-právní ochrany pověřenými osobami.

Část 7 je tvořena jedním odstavcem a zabývá se inspekcí poskytování sociálně-právní ochrany.

Společná ustanovení tvoří část 8 a zabývá se povinnostmi orgánů sociálně-právní ochrany, státních orgánů, dalších právnických a fyzických osob a osob pověřených a vedením spisové dokumentace.

Část 9 se zabývá správními delikty a výškou pokuty za ten který delikt.

V části 10 je rozebrána místní příslušnost a část 11 jsou přechodná a závěrečná ustanovení.

3.4 Zákon o ústavní výchově

Zákon o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních č. 109/2002 Sb. se dělí na 6 hlav. První hlava se týká úvodních ustanovení, ustanovuje, co je účelem zařízení, s čím tato zařízení spolupracují a co musí dětem zajišťovat.

Druhá hlava se týká zařízení, vysvětluje, co zařízení jsou, za jakým účelem vznikají, kdo hradí péči atd. Mezi zařízení patří diagnostický ústav, dětský domov, dětský domov se školou a výchovný ústav. Jsou zde vysvětleny rozdíly mezi jednotlivými druhy zařízení.

Hlava třetí se týká střediska, které vznikají pro děti s rizikem poruch chování nebo s již rozvinutými projevy poruch chování, dále zletilým osobám po ukončení přípravy na budoucí povolání do 26 let. Jsou zde vyjmenovány služby, jaké středisko poskytuje (poradenské, terapeutické, diagnostické, vzdělávací, speciálně pedagogické a psychologické, výchovné a sociální, informační), a to ambulantně, celodenně, internátně a terénně.

Hlava čtvrtá se týká pracovníků v zařízení nebo ve středisku, upřesňuje podmínky a předpoklady, které musí pracovníci splňovat, a vysvětluje rozdíl mezi pedagogickým a nepedagogickým zaměstnancem zařízení.

Hlava pátá popisuje práva a povinnosti dětí umístěných v zařízení, ředitele zařízení a osob odpovědných za výchovu. Kromě toho je zde vysvětlen pojem oddělená místnost, což je místnost, kde může být umístěno agresivní dítě za účelem zklidnění. § 21 potom upřesňuje, co to znamená opatření ve výchově.

Hlava šestá se vztahuje na úhradu péče, kapesné a osobní a věcné dary. Tato hlava vysvětluje, koho se úhrada příspěvku na úhradu péče týká, kdo stanovuje výši tohoto příspěvku a kdy se příspěvek nehradí. Dále přibližuje situace, kdy je dítěti poskytována věcná pomoc, kdy má nárok na kapesné a co se rozumí pod pojmem osobní dary.

Hlava sedmá vykládá společná, přechodná a zrušovací ustanovení.

3.5 Trestní zákoník

Trestní zákoník jako takový je rozdělen do 3 částí: 1. část - Obecná ustanovení, 2. část - Zvláštní ustanovení, 3. část - Přejídná a závěrečná ustanovení.

Z první části se mého tématu týká především § 126, který vysvětluje pojem „dítě“ a říká, že dítětem je osoba mladší 18 let, pokud to trestní zákon nestanoví jinak. § 125 vysvětluje pojem „osoba blízká“, také objasňuje ublížení na zdraví a těžkou újmu na zdraví (§ 122) (Trestní předpisy 2014).

Část dvě je pro mé téma mnohem více podstatná, především kvůli posuzování případů syndromu CAN. Jedná se především o:

- trestné činy proti životu (vražda - § 140, zabití - § 141, vražda novorozeného dítěte matkou - § 142, usmrcení z nedbalosti - § 143);
- trestné činy proti zdraví (těžké ublížení na zdraví - § 145, ublížení na zdraví - § 146 a § 146a, těžké ublížení na zdraví z nedbalosti - § 147, ublížení na zdraví z nedbalosti - § 148);
- trestné činy proti svobodě (obchodování s lidmi - § 168, svěření dítěte do moci jiného - § 169, omezování osobní svobody - § 171);
- trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti (znásilnění - § 185, sexuální nátlak - § 186, pohlavní zneužití - § 187, soulož mezi příbuznými - § 188, kuplířství - § 189, prostituce ohrožující mravní vývoj dětí - § 190, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií - § 192, zneužití dítěte k výrobě pornografie - § 193);
- trestné činy proti rodině a dětem (opuštění dítěte nebo svěřené osoby - § 195, zanedbání povinné výživy - § 196, zvláštní ustanovení o trestání - § 196a, týrání svěřené osoby - § 198, únos dítěte a osoby stížené duševní poruchou - § 200, ohrožování výchovy dítěte - § 201, svádění k pohlavnímu styku - § 202, podání alkoholu dítěti - § 204) (Trestní předpisy 2014).

V neposlední řadě je potřeba také zmínit § 365 Schvalování trestného činu, § 367 Nepřekážení trestného činu a § 368 Neoznámení trestného činu. Tyto paragrafy nám připomínají tzv. „ohlašovací povinnost“. Každý občan má povinnost zabránit jiné osobě v konání trestného činu, nebo toto konání oznámit, a pokud tak neučiní, dopouští se sám trestného činu (Trestní předpisy 2014).

4 ÚLOHA ORGÁNU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

V této kapitole přiblížíme práci orgánu sociálně právní ochrany dětí (dále OSPOD) při řešení případů ohrožených dětí. V úvodu této kapitoly přiblížíme základní pojmy, které je potřeba znát pro pozdější orientaci v textu – jedná se o pojmy sociálně právní ochrana dětí, dále subjekt a objekt sociálně právní ochrany dětí.

Sociálně právní ochranou dětí se podle Zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (dále jen Zákon o SPOD) v § 1 rozumí především:

- a) *ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu,*
- b) *ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění,*
- c) *působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny,*
- d) *zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.*

Takovou ochranu poskytují různé *subjekty* – orgány, zařízení či fyzické a právnické osoby. Proto je ochrana dítěte ukotvena v mnoha předpisech v různých právních odvětvích a to vždy podle působnosti osob, které ji realizují. Tzn. zmínka o ochraně dětí a jejich práv se může vyskytnout ve zdravotnictví, ve školství, v občanskoprávních vztazích, v trestním zákoníku apod. (Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]).

Subjektem SPOD jsou podle § 4, odst. 1 téhož zákona:

- a) *krajské úřady,*
- b) *obecní úřady obcí s rozšířenou působností,*
- c) *obecní úřady a újezdní úřad,*
- d) *ministerstvo,*
- e) *Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí,*
- f) *Úřad práce České republiky - krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu.*

Dále dle § 4 odst. 2 téhož zákona sociálně právní ochranu zajišťují:

- a) *obce v samostatné působnosti,*
- b) *kraje v samostatné působnosti,*
- c) *komise pro sociálně-právní ochranu dětí,*

d) další právnické a fyzické osoby, jsou-li výkonem sociálně-právní ochrany pověřeny.

Sociálně právní ochrana je zaměřená na děti – *objekty SPOD*, které jsou popsány v § 6 zákona o SPOD, tzn. jedná se o děti:

- a) jejichž rodiče*
 - 1. zemřeli,*
 - 2. neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo*
 - 3. nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;*
- b) které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;*
- c) které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, žíví se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;*
- d) které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;*
- e) na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;*
- f) které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;*
- g) které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;*
- h) které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu; pokud tyto skutečnosti trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí.*

Orgán sociálně právní ochrany dětí má ve své pravomoci a zákonné povinnosti mnoho postupů, které v rámci ochrany dětí vykonává. Pro tuto bakalářskou práci jsou důležité především vyhodnocování případu dítěte a sestavení individuálního plánu. Okrajově si přiblížíme případy, kdy je nutné zakročit razantnějším způsobem.

4.1 Postup při řešení

Orgán sociálně právní ochrany dětí má za úkol detekovat ohrožené děti a patřičně na tuto skutečnost reagovat. Není v jeho zájmu ohrožené dítě z rodiny odebrat, ale spíše pomoci rodině, aby byla schopná samostatně a správně fungovat a zajistit tak dítěti dobrý vývoj. Pokud k rozdělení rodiny došlo, OSPOD poskytuje rodinám podporu a pomoc pro dosažení návratu dítěte zpět a dětem odebraným z rodin zajišťuje kvalitní a stabilní péči (Pemová, Ptáček, 2012).

Základní schéma práce s rodinou ohroženého dítěte je:

- *Identifikace ohroženého dítěte* – úvodní fáze procesu,
- *Přijetí informace o ohroženém dítěti* – prvotní zaznamenání dítěte v systému SPOD, shromažďování informací,
- *Vstupní hodnocení* - stanovení závažnosti ohrožení dítěte, určení rychlosti a razantnosti následného postupu,
- *Komplexní hodnocení dítěte/rodiny* – podrobné hodnocení potřeb a silných stránek dítěte, rodiny a komunity, vytvoření Individuálního plánu ochrany dětí
- *Individuální plán ochrany dětí (IPOD)* – konkrétní a komplexní plán ochrany dítěte,
- *Poskytování služeb* – veškeré aktivity a služby, které budou rodině poskytnuty
- *Vyhodnocení případu* – zahrnuje průběžné i závěrečné hodnocení případu (Pemová, Ptáček, 2012).

Samosprávný celek je povinen reagovat na oznámení upozorňující na možný výskyt týrání, zneužívání či zanedbávání v konkrétních rodinách a tyto skutečnosti prověřit. V případě podezření bývá rodina hodnocena podle standardizovaného a zdokumentovaného postupu, který slouží k diagnostikování dítěte. Z tohoto hodnocení pracovníci poté vycházejí při tvorbě individuálního plánu a strategie při pomoci rodině (Pemová, Ptáček, 2012).

Vyhodnocování situace ohroženého dítěte je jedna ze základních metod efektivní sociální práce s rodinou. V současné době prošla řadou změn, které vedly k ještě větší míře přehlednosti a celistvosti informací získaných šetřením (Racek, Solařová, Svobodová, 2014).

Toto hodnocení se dělí na 2 druhy – úvodní vyhodnocení situace a podrobné – komplexní vyhodnocení situace. U vstupního hodnocení jde především o určení závažnosti ohrožení dítěte a aktuální míry ohrožení. Při vstupním hodnocení se určí, jak rychle a razantně je nutné přistoupit k další intervenci, případně, pokud není zjištěna nutnost dalšího komplexního vyhodnocování situace, se případ ukončí nebo se pokračuje vytvořením IPOD a jeho realizace (Racek, Solařová, Svobodová, 2014).

Podrobné komplexní vyhodnocení situace spočívá v „*hodnocení potřeb, rizik a silných stránek dítěte, rodiny a komunity za účelem vytvoření individuálního plánu podpory*“ (Racek, Solařová, Svobodová, 2014, s. 6-7). Při tomto hodnocení je důležité postihnout všechny oblasti potřeb dítěte. Sociální pracovník se zaměřuje spíše na situaci dítěte a rodiny v minulosti a na rodičovské kompetence, než na danou situaci. Teprve poté dochází k tvorbě IPOD a jeho realizace. (Racek, Solařová, Svobodová, 2014).

Toto vyhodnocování situace dítěte je ukotveno ve vyhlášce č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí v § 1:

Vyhodnocování situace dítěte a jeho rodiny vychází z individuálního přístupu k dítěti a provádí se na základě

- a) *vyhodnocování situace dítěte, které zahrnuje:*
1. *zjištění míry ohrožení práv a zájmů dítěte,*
 2. *vymezení sociálních, zdravotních nebo jiných rizik, kterým je dítě vystaveno,*
 3. *posouzení úrovně tělesného a duševního vývoje dítěte s ohledem na věk dítěte,*
 4. *zhodnocení průběhu vzdělávání dítěte a předpokladů k dalšímu vzdělávání,*
 5. *určení a posouzení individuálních potřeb a zájmů dítěte,*
 6. *vymezení vlastností a určení schopností dítěte, popřípadě předpokladů k jejich získání,*
 7. *zjištění a zohlednění názoru a přání dítěte s ohledem k věku dítěte a jeho rozumové vyspělosti,*
 8. *další skutečnosti nezbytné pro hodnocení situace dítěte v konkrétním případě,*
- b) *vyhodnocování situace rodiny, které zahrnuje:*

1. *analýzu situace rodiny a rodinného prostředí,*
 2. *analýzu příčin krize v rodině,*
 3. *zhodnocení vztahu rodiče a dítěte,*
 4. *určení potřeb rodiny,*
 5. *určení možností rodiny, především vztahových, ekonomických a sociálních,*
 6. *určení výchovných kompetencí a předpokladů rodičů k výchově dítěte a zhodnocení možných rizik ve výchově dítěte,*
 7. *posouzení materiálních a finančních podmínek života rodiny,*
 8. *další skutečnosti nezbytné pro hodnocení situace rodiny v konkrétním případě,*
- c) *vyhodnocování širšího prostředí rodiny, které zahrnuje:*
1. *určení možností v širší rodině, včetně vztahových, ekonomických a sociálních možností a jejich využitelnost pro rodinu,*
 2. *určení možností v širším sociálním prostředí rodiny, včetně dostupnosti a kvality sociálních, zdravotních, výchovně-vzdělávacích a komunitních služeb a bezpečnosti lokality,*
 3. *další skutečnosti nezbytné pro hodnocení širšího prostředí rodiny v konkrétním případě.*

Ve vyhlášce č. 473/2012 je také přiblížen obsah individuálního plánu ochrany dítěte. Podle § 2 odst. 1 této vyhlášky musí plán obsahovat kromě popisu příčin ohrožení dítěte a sdělení důvodů zahájení sociálně-právní ochrany také cíle navržených opatření, ukazatele účinnosti jednotlivých opatření a také prostředky k jejich dosažení. Musí zde být sepsány metody práce s rodinou a rozsah intervencí, popis spolupráce s jinými orgány veřejné moci i spolupráce s rodinou, časový plán pro provádění konkrétních opatření a způsob hodnocení a ověřování plnění navržených opatření nezbytných k ochraně dítěte ze strany rodičů. Součástí IPOD je také plán vzdělávání dítěte a přípravy na budoucí povolání, případně plán přípravy na výstup dítěte z náhradní péče.

Intervencí a pomocí se rozumí odborné poradenství a konzultace, terapie a mediace, zprostředkování odborných služeb pro rodinu, právní pomoc, poskytování podpory dětem, poskytování pomoci rodinám při zlepšování jejich životní situace, včetně získávání dovedností pro řádné vedení domácnosti, poskytování pomoci rodinám při řešení sociálních nebo psychických problémů, nebo při řešení výchovných problémů s dětmi a také podpora společenských aktivit rodiny (§ 2 odst. 2 Vyhlášky č. 473/2012).

Při řešení případu se využívá tzv. *case management*, což by se do češtiny dalo volně přeložit jako „vedení případu“. Case management se používá v situacích, které mají multikauzální příčiny a ve kterých je potřeba aktivně zapojit klienta i multidisciplinární tým, aby mohlo dojít k úspěšnému vyřešení případu. Při case managementu je sestaven intervenční plán, ve kterém sociální pracovník koordinuje poskytování služeb klientovi. Důležité však je, že se na tomto procesu podílí i sám klient. Snahou je zapojit co nejvíce členů rodiny – jsou zapojeny i děti, pokud jsou v souvislosti s jejich věkem schopny se k dané věci plně vyjádřit. Při case managementu sociální pracovník ale nepracuje pouze s klientem a jeho rodinou – důležitá je také práce v jeho sociálním prostředí. To znamená, že ke změnám nedochází pouze v rámci rodiny, ale také ve škole, kterou dítě navštěvuje, v komunitě, do které rodina patří, atd. Cílem intervenčního plánu je celou situaci klientovi zpřehlednit a hledat možnosti, jak tuto obtížnou situaci změnit. Kroky intervenčního plánu jsou klientovi srozumitelné, jsou splnitelné, lehce měřitelné a mají za úkol jej také motivovat ke změně. Avšak každý člověk je jedinečný a má své specifické potřeby, k jejichž naplnění vede vždy mnoho cest, proto je nutné, aby sociální pracovník služby koordinoval a individualizoval, aby nedošlo k přehlcení nebo přetížení klienta. V této chvíli je důležité, aby sociální pracovník správně uspořádal jednotlivé služby, aby klient mohl těžit z jejich maximální efektivity (Pemová, Ptáček, 2012).

Jednou z možností, jak dále pokračovat v práci s klientem, je zprostředkovat mu spolupráci s jinou, převážně neziskovou organizací. Formou terénní asistenční služby, kdy pracovníci dané organizace do rodiny docházejí, se klient trénuje a učí novým dovednostem, získává nové návyky a má určitou podporu ve svém přirozeném prostředí. Tuto formu práce si přiblížíme dále v kapitole Sanace rodiny.

Posledním krokem bývá průběžné a závěrečné hodnocení. Při tomto se hodnotí realizace cílů IPOD, zda došlo k jejich naplnění či nikoliv, případně se podniknou další nutné změny a předefinování cílů IPOD (Pemová, Ptáček, 2012). V rámci tohoto kroku dochází také k případovým konferencím, které Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) definuje jako „*odbornou diskuzi zainteresovaných subjektů nad konkrétním případem ohroženého dítěte nebo jeho rodiny; účelem je rychlé a úplné vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny s cílem nalézt optimální řešení*“. Takového setkání se účastní jak odborníci, již jsou v případě jakkoliv zainteresovaní, tak i rodina dítěte, případně dítě, je-li to žádoucí a možné. Případové studie tak slouží nejen jako dobrá technika case managementu, ale dochází díky ní často také ke zlepšování vztahu odborníků s rodinou, což prospívá všem zúčastněným (Pemová, Ptáček, 2012).

4.2 Předběžná opatření a rozhodnutí o umístění

Předběžná opatření a rozhodnutí o umístění dítěte do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, do náhradní rodinné péče či ústavní výchovy jsou chápána jako krajní řešení a OSPOD se snaží situaci řešit spíše jinými způsoby, pokud je to možné. Mohou však nastat situace, kdy tato opatření nelze odkládat a je potřeba jich využít. Tato opatření jsou legislativně ukotvena v Zákoně o SPOD a v Občanském zákoníku (MVČR, [online]).

Pokud je dítě ponecháno bez odpovídající péče nebo pokud se vyskytne v ohrožení života nebo zdraví, musí OSPOD okamžitě zasáhnout. V takových případech OSPOD informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností, který jako jediný má pravomoc podat návrh soudu na vydání předběžného opatření. Těmi je podle § 14, odst. 1 Zákona o OSPOD návrh soudu:

- a) na rozhodnutí, zda je třeba souhlasu rodiče k osvojení dítěte,*
- b) na omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti anebo omezení nebo pozastavení jejího výkonu,*
- c) na nařízení ústavní výchovy,*
- d) na prodloužení nebo zrušení ústavní výchovy,*
- e) na svěřeni dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, na prodloužení doby trvání tohoto svěřeni a na zrušení rozhodnutí o svěřeni dítěte do tohoto zařízení,*
- f) na svěřeni dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu a jeho zrušení,*
- g) na nařízení výchovného opatření podle § 13a, na prodloužení doby trvání tohoto výchovného opatření nebo na jeho zrušení,*
- h) na přemístění dítěte do jiného zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy,*
- i) na pozastavení výkonu povinnosti a práva péče o dítě u nezletilého rodiče,*
- j) na zachování povinnosti a práva péče o dítě a osobního styku s dítětem u rodiče omezeného ve svéprávnosti,*
- k) na zbavení rodiče práva dát souhlas k osvojení nebo dalších povinností a práv osobní povahy, zbavil-li soud rodiče rodičovské odpovědnosti.*

Předběžná opatření slouží k tomu, aby byly poměry dítěte upraveny prozatímně na nezbytně dlouhou dobu, a to tak, že soud nařídí umístění dítěte ve vhodném prostředí, přičemž vhodným prostředí se rozumí prostředí u osoby nebo v zařízení, které je způsobilé zajistit dítěti řádnou péči s ohledem na jeho duševní i fyzický stav (Předběžná a ochranná

opatření, [online]). Předběžným opatřením *lze svěřit dítě i do pěstounské péče na přechodnou dobu, po kterou rodič nemůže dítě ze závažných důvodů vychovávat, nebo po jejímž uplynutí lze dítě svěřit do péče před osvojením, dát souhlas rodiče s osvojením či rozhodnout o tom, že není třeba souhlasu rodiče k osvojení* (Zákon č. 292/2013 Sb., § 452, odst. 2).

Předběžné opatření může nařídit pouze soud a to na návrh orgánu SPOD. O návrhu rozhoduje soud co nejdříve a bezodkladně, nejpozději do 24 hodin od podání návrhu. Předběžné opatření trvá zpravidla 1 měsíc, u svěřením do pěstounské péče na přechodnou dobu trvá 3 měsíce – tato doba může být prodloužena, nejvíce však tak, aby doba trvání nepřesáhla 6 měsíců. Předběžné opatření může být zrušeno soudem, a to na návrh OSPOD, rodičů dítěte nebo opatrovníka (Zákon č. 292/2013 Sb., § 452 – 463).

Po vydání předběžného opatření je nutné podat návrh na konečné rozhodnutí ve věci, protože předběžné opatření upravuje vztahy zúčastněných pouze do chvíle, než bude vydáno toto rozhodnutí. Konečným rozhodnutím ve věci se rozumí např. návrh na svěřením dítěte do pěstounské péče, do osvojení nebo do ústavní výchovy. Soud poté meritorně rozhoduje rozsudkem – rozhodnutím o svěřením dítěte do péče (MVČR, [online]).

Dítě může být svěřeno tedy do pěstounské péče, do osvojení nebo do ústavní výchovy. Osvojit nebo vzít dítě do pěstounské péče může fyzická osoba, která patří do širší rodiny dítěte, pokud projeví zájem o to dítě nadále vychovávat. Pokud se nenajde nikdo takový, pak bude vybrána osoba z evidence žadatelů (Zákon o OSPOD; MVČR, [online]). Poslední možností je rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy. Po umístění dítěte má obecní úřad obce s rozšířenou působností povinnost poskytnout rodině mimo jiné i pomoc při upravování poměrů, které by umožnily návrat dítěte zpět (Zákon o OSPOD, § 12, odst. 2).

5 SANACE RODINY

Sanace rodiny je charakterizována jako „soubor činností sociálně-právní ochrany, služeb pro rodiny s dětmi, dalších opatření a programů, které jsou poskytovány a/nebo ukládané převážně rodičům dítěte a dítěti, ohroženému na sociálním, biologickém a psychologickém vývoji“ (Sanace rodiny, [online]).

Jsou to postupy, které podporují fungování rodiny. Při sanaci je hlavní snaha předejít vyčlenění některého člena rodiny z důvodu, že ostatní ohrožuje, případně kvůli tomu, že je někým ohrožován. Má být proto první volenou metodou pro práci s rodinou, ve které bylo nahlášeno domácí násilí (Bechyňová, 2011).

Cílem sanace rodiny je poskytovat rodičům i dítěti podporu a pomoc k zachování rodiny a tím předcházet, zmírnit nebo úplně odstranit faktory ohrožující dítě. Sanace rodiny slouží k zamezení možnosti odebrání dítěte, případně k realizaci kontaktů rodiny s odebraným dítětem v průběhu jeho umístění a navrácení dítěte zpět domů. Další z cílů je snaha udržet kvalitativní změny v rodině i po návratu dítěte ze zařízení pro výkon ústavní výchovy (dále jen ÚV) (Bechyňová, 2011).

Práce s rodinou může mít podobu terapie v domácím či jiném prostředí, podpory od zaškoleného člověka a dalších služeb, které jsou rodině poskytnuty (např. docházka do rodinných či mateřských center, přípravné vzdělávání předškolních dětí před vstupem do školy, docházka do specializovaných center apod. (Matoušek, 2008).

Základními znaky sanace rodiny jsou:

- Multidisciplinární tým, který je sestaven z řady odborníků, mezi nimiž je pracovník centra pro sanaci rodiny (dále jen CSR), pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí (dále jen OSPOD), pokud je dítě umístěno mimo rodinu, pak také pracovník zařízení pro výkon ÚV nebo pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a další odborníci, kteří se podílejí na práci s rodinou nebo s dítětem, jako např. učitel, pedagog, psycholog, pediatr, soudce atp.
- Každý z týmu má přidělené úkoly a svou roli, přičemž všichni znají role a úkoly ostatních členů týmu. Členové multidisciplinárního týmu pracují podle předem domluvených pravidel.

- Tato pravidla zná také rodina. S domluvenými pravidly každý souhlasí a dodržuje je.
- Rodina je obeznámena, že je zařazena do programu sanace, podílí se na tvorbě sanačního plánu a také s ním souhlasí (Bechyňová, 2011).

Důležité je sestavit sanační plán, který by měl obsahovat cíl, kterého rodina chce pomocí sanace dosáhnout, dále časový úsek, během kterého by mělo dojít k naplnění tohoto cíle, minimální časový úsek, po kterém bude vyhodnocována účinnost jednotlivých dílčích sanačních kroků a v souvislosti s tím sanační plán také obsahuje znaky, podle kterých se bude tato účinnost hodnotit. Rodina by měla rozumět všemu, co sanační plán ukládá, a měla by s tím souhlasit (Bechyňová, 2011).

Sanace je tedy nástrojem podporujícím fungování rodiny, jehož snahou je zabránit vyčlenění některého z členů rodiny kvůli tomu, že je někým ohrožován (Matoušek, 2008). V následujících podkapitolách chci přiblížit rodiny, které jsou vhodné pro zařazení programu sanace, a také jednotlivé formy činnosti spojené se sanací rodiny.

5.1 Rodiny vhodné pro sanaci

Rodina je nejdůležitější skupinou pro každého jedince. Zde dochází k uspokojování sociálních, psychických i fyzických potřeb, je zdrojem vzorců chování i zkušeností, které nás poté ovlivňují celý život. Je to prostředí, které formuje jedince v průběhu celého jeho vývoje. Pokud tedy rodina nefunguje tak, jak by měla, může se stát zdrojem vzniku různých sociálně patologických jevů či psychických problémů. Negativní jevy vyskytující se v rodině mohou negativně ovlivnit zdravý fyzický, psychický i emocionální vývoj dítěte (Fisher, Škoda, 2009).

Aby rodina fungovala, musí plnit řadu funkcí, a to především funkce biologické, sociální, ekonomické a psychologické.

Pokud některou (případně některé) z výše uvedených funkcí neplní, může se pro její členy stát určitým zdrojem negativního vývoje poruch chování a vzniku sociálně patologických jevů. Čím více je funkčnost rodiny narušena, tím více je rodina ohrožující pro své příslušníky (Fisher, Škoda, 2009). Existuje osm kritérií, které vytvořil prof. Dunovský pro praxi a podle nichž se hodnotí funkčnost rodiny sledovaného dítěte. Jedná se o:

1. složení rodiny,
2. stabilita rodiny,
3. sociálně ekonomická situace (vycházející z věku, rodinného stavu, vzdělání, zaměstnání rodičů, bydlení a příjmu rodiny),
4. osobnost rodičů (jejich psychický a zdravotní stav, úroveň společenské adaptace),
5. osobnost sourozenců,
6. osobnost dítěte,
7. zájem o dítě,
8. péče o dítě (Fisher, Škoda, 2009; Zelená, Klégrová, 2006).

Podle výsledků skór tohoto dotazníku jsou definovány následující čtyři typy rodin – funkční rodina, problémová rodina, dysfunkční rodina a afunkční rodina (Fisher, Škoda, 2009).

Funkční rodina vytváří zázemí potřebné pro dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je naštěstí v běžné populaci většina, až 85 % (Fisher, Škoda, 2009).

V **problémových rodinách** se vyskytují závažnější poruchy některých nebo všech funkcí, které ale nijak vážně neohrožují vývoj dítěte nebo celý rodinný systém. Své problémy je taková rodina schopna řešit sama nebo za jednorázové či krátkodobé pomoci. V populaci se takových rodin vyskytuje zhruba 12-13 %. (Fisher, Škoda, 2009)

V případě, že se v rodině vyskytují závažné poruchy některých, nebo dokonce všech funkcí, mluvíme o **dysfunkční rodině**. Tyto poruchy však již ohrožují vývoj dítěte i rodinu jako celek. Rodina si ale se svými problémy již nedokáže poradit, proto je zde na místě pomoc zvenčí. Z celkové populace tvoří dysfunkční rodiny asi 2 % (Fisher, Škoda, 2009).

Rodina, která neplní své funkce a může dítěti závažným způsobem škodit. V krajních případech může být ohrožena existence dítěte. Mluvíme o **afunkčních rodinách**. Tyto rodiny v populaci ale nezabírají velké procento – mluvíme jen o 0,5 % (Fisher, Škoda, 2009).

Nejvíce vhodnou pro sanaci je dysfunkční rodina. Sanace zde slouží jako opatření, které pomáhá rodině znovu se „postavit na nohy“ a napravit nedostatky. Můžeme se ale setkat s obtížným rozhodováním pracovníků sanace, do jaké míry pomáhat rodině a kdy je nutné se v zájmu dítěte postavit proti ní (Fisher, Škoda, 2009).

Naopak nejméně vhodnou pro sanaci je afunkční rodina. V takové rodině je sanace naprosto bezpředmětná. Rodina neplní svůj úkol a jediným vhodným východiskem pro dobrý vývoj dítěte je jeho odebrání z této rodiny a umístění do náhradní péče (Fisher, Škoda, 2009).

Konkrétně je vhodné situaci v rodině řešit sanací tehdy, když:

- se jedná o nastávající rodiče, kteří se v dětství sami vyskytli v pozici ohroženého nebo zanedbávaného dítěte a tudíž je u nich velká pravděpodobnost, že o své dítě nebudou umět pečovat, nevytvoří adekvátní podmínky pro naplňování veškerých potřeb dítěte a v jejich okolí se nevyskytuje žádná spolehlivá sociální podpora, na kterou by se rodina v případě jakéhokoliv problému mohla obrátit.
- ohrožené dítě žije ve své rodině, a i přes tříměsíční sociální práci s rodinou nedojde ke zlepšení jeho zdravotní, psychické a sociální stránky nebo dojde dokonce ke zhoršení situace jeho nebo jeho sourozenců.
- bylo ohrožené dítě umístěno na základě předběžného řízení nebo dobrovolně do zařízení pro ÚV.
- je dítě umístěno do zařízení pro výkon ÚV. Zde má sanace za cíl vytvoření podmínek pro bezpečný a smysluplný kontakt dítěte s rodinou.
- soud dítě z důvodu kvalitativních změn svěřil zpět do péče rodičů. Zde sanace slouží k podpoře a udržitelnosti těchto změn po návratu dítěte.
- dítě bylo svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu. Sanace je opět zprostředkovatelem kontaktu dítěte s rodinou a snaží připravit rodinu na návrat dítěte zpět (Bechyňová, 2011).

Naopak sanace není vhodná v případech, kdy je dítě obětí obzvláště krutého zacházení, kdy rodiče nemají o dítě zájem a nechovají k němu žádnou citovou vazbu, když jsou závislí na návykových látkách a odmítají léčbu této závislosti, pokud rodiče trpí psychickým onemocněním a nesouhlasí s tím, aby se jejich lékař stal součástí multidisciplinárního týmu a pokud jsou rodiče částečně zbaveni právní způsobilosti a nesouhlasí s tím, aby se jejich opatrovník stal součástí multidisciplinárního týmu. V těchto případech je vhodnější hledat jiná řešení (Bechyňová, 2011).

Rodina je pro dítě zdrojem jistoty a bezpečí, zdrojem informací. Poskytuje mu velké množství podnětů, které na něj mohou působit pozitivně i negativně. Všechny tyto podněty mají ale jedno společné – vytváří primární zkušenost, na které závisí pozdější prožívání

dalších sociálních podnětů. Proto nelze popřít, že rodina hraje významnou roli při rozvoji různých psychických poruch. Byť jen trochu narušené vztahy v rodině mohou stát za vznikem různých psychických obtíží (Vágnerová, 2008). Snahou sanace je napravit narušené funkce rodiny a tím také zamezit negativnímu dopadu na vývoj dítěte.

5.2 Práce s rodinou

Postup práce s rodinou se v jednotlivých CSR může lišit, a to především z toho důvodu, že neexistuje jednotná úprava metodických postupů služby sanace rodiny na celorepublikové úrovni (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi OSPOD a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]). Rozdíly však bývají především v detailech, proto základní princip bývá zhruba stejný.

Prvním krokem je výběr rodiny do programu sanace. Z velkého procenta bývají rodiny doporučeny pro zařazení do programu orgánem sociálně-právní ochrany dětí, stává se ale, že CSR vyhledá rodina sama nebo o poskytnutí služeb konkrétní rodině požádá jiný subjekt (např. zařízení ÚV). Poté, co je podána žádost o zařazení konkrétní rodiny do programu, je dalším krokem seznámení se s případem. Většinou se tedy sejdou pracovník OSPOD, který s rodinou spolupracuje a který ji navrhuje pro zařazení do programu, a pracovník CSR. Pracovník OSPOD by měl pracovníkovi CSR nastínit situaci v rodině, její strukturu, charakteristiku jednotlivých členů, její historii, hmotné zabezpečení, vztahovou situaci, výchovu a péči o děti a kromě toho také přehled veškerých dosavadních postupů ze strany OSPOD. Už zde je tedy navázán prvotní kontakt mezi OSPOD a CSR (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]).

Pokud se CSR rozhodne, že rodina splňuje podmínky pro zařazení do programu, je dalším krokem navázání kontaktu s rodinou. Ještě před domluvením schůzky s pracovníkem CSR, který danou rodinu dostane na starost, je důležité získat od rodiny předběžný souhlas se zařazením do programu. Tím se předejde případným nedorozuměním spojených např. s tím, že rodina o této možnosti vůbec netuší nebo není ochotná o podobném řešení ani uvažovat. Poté, co zpravidla sociální pracovník OSPOD získá předběžný souhlas rodiny, domluví se první kontakt, kterého se obvykle účastní pracovník CSR, pracovník OSPOD a alespoň jeden z rodičů. Schůzka by měla plnit informativní, motivační a smluvní funkce, tzn. má za úkol

informovat rodinu o tom, co je to sanace rodiny, o programu a o podmínkách a cílech, dále má motivovat rodinu, rozpoznat určité možné zdroje odporu a podpory, a v neposlední řadě má být sestaven prvotní plán jednotlivých kroků a dílčích intervencí. Na konci této schůzky je nutné získat ústní souhlas od rodiny, že souhlasí se zařazením do programu sanace, a domluvení dalšího termínu a místa setkání odpovědného pracovníka s rodinou (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]).

Po prvotním kontaktu následuje diagnostická, motivační a aktivizační etapa práce s rodinou. Situace v rodině se diagnostikuje, hledají se různé možnosti, poukazuje se na silné a slabé stránky rodiny a identifikují se funkční a nefunkční prvky. Dochází k vyhodnocení toho, do jaké míry je dítě v rodině nebo rodinou ohroženo. Pracovník CSR odpovědný za konkrétní rodinu s ní navazuje vztah a snaží se ji motivovat ke změně. V této fázi využívá metody rozhovoru (jak s rodiči, tak s dětmi, příp. s dalšími příbuznými) a analýzu dokumentů a materiálů, které se nějakým způsobem vztahují k problému. Jak jsem již zmínila dříve, nedílnou součástí této fáze je také hodnocení míry ohrožení dítěte v rodině nebo rodinou. Odpovědný pracovník sbírá podklady a informace, které jsou relevantní k tomuto hodnocení (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]). Jednou z metod hodnocení míry ohrožení dítěte v rodině/rodinou je *Ontarijský index zanedbávání péče*. Ten obsahuje 6 okruhů péče o dítě, které jsou předmětem hodnocení – jedná se o dohled, výživu, oblečení a hygienu, péči o fyzické zdraví, péči o psychické zdraví a péči o rozvoj osobnosti/vzdělávání. Zde je hodnocena především kvalita rodičovské péče v té které oblasti, a to třístupňovou škálou – konzistentní, nekonzistentní a zcela nekonzistentní péče. Na základě tohoto hodnocení se následně stanovují strategie vhodné podpory rodině (Bechyňová, 2011).

Délka diagnostické, motivační a aktivizační etapy je zpravidla 1-3 měsíce a na konci tohoto období se uspořádá první *případová konference* (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]). Bechyňová definuje případovou konferenci jako „*plánované, koordinované a pevně strukturované pracovní setkání rodičů, dítěte a odborníků, kteří pracují, pracovali nebo budou pracovat s ohroženým dítětem, jeho rodiči, popř. i s členy širší rodiny*“ (Bechyňová, 2012, str. 14). Smyslem případové konference je vyhodnotit danou situaci, pojmenovat cíl, kterého chce rodina dosáhnout a vytvořit plán jednotlivých kroků,

pomocí kterých se rodina s dítětem bude snažit dosáhnout vytyčeného cíle (Bechyňová, 2012). Poté dochází k realizacím dílčích cílů.

Samotná práce v rodině zaujímá řadu forem, mezi nimi především:

- Poradenství – poskytování různých druhů poradenství (výchovné, psychologické, v péči o dítě, finanční, apod.).
- Návuk dovedností – odpovědný pracovník ukazuje rodičům určitou činnost.
- Doprovod, asistovaná pomoc – odpovědný pracovník doprovází rodiče na různá místa (např. úřady, soudy apod.).
- Zprostředkování služby – odpovědný pracovník se snaží rodině zprostředkovat službu, která je potřebná k realizaci cílů a která není běžně zařazena do programu sanace rodiny (např. služby rané péče, služby pro tělesně postižené apod.).
- Jednání ve prospěch rodiny – Odpovědný pracovník jedná ve prospěch a v zájmu rodiny se třetími subjekty, většinou se tak děje bez účasti rodičů (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]).

Důležitou složkou je práce ve vztahu k dítěti (dětem) v rodině. Tato složka je zastoupena ve většině programů sanace rodiny a jedná se především o snahu pomoci rodinám s výchovnými či vztahovými problémy, případně také s péčí o malé děti. Jeden z přístupů této činnosti je založený na teorii Pessu Boyden Psychomotorického Systému (Pesso Boyden System Psychomotor Therapy – dále PBSP) (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]). Teorie PBSP využívá specifických postupů pro uzdravování emocionálních nedostatků z minulosti. Klienti se učí identifikovat emocionální nedostatky a vytvořit si „nové vzpomínky“, které poskytují naplnění základních vývojových potřeb – místa, výživy, podpory, bezpečí a limity (About Pesso Boyden System Psychomotor Therapy [online]). V sociálně-terapeutické praxi to pak znamená pomoc rodinám při naplňování těchto potřeb (a to jak konkrétně, tak i na symbolické úrovni) a provedení rodičů strádajících dětí procesem, během kterého si uvědomují existenci těchto potřeb a také důležitost jejich naplňování (Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje, [online]).

5.3 Podpora rodiny

Pomocí sanace se pracovníci CSR snaží odstranit již vzniklé nedostatky ve výchově či péči o dítě a pomáhají rodině dostat se z nepříznivé životní situace. Kromě toho však může mít sanace také preventivní charakter. Jak jsem již dříve zmínila, velkým problémem je transgenerační přenos – tedy přenášení vzorců chování ze své původní rodiny do nově vzniklé rodiny. Ne každý zažil bezproblémové a idylické dětství. Člověk, který byl v dětství vystavován týrání či zanedbávání, bude s největší pravděpodobností zanedbávat také péči o své vlastní dítě. Proto je dobré, když se podaří odhalit takto problémovou rodinu ještě před příchodem dítěte na svět. Pracovníci CSR pomohou rodinu připravit na změny spojené s narozením dítěte a v případě potřeby jsou rodině k dispozici i po čas raného věku dítěte. Tím se může zamezit odebrání potomka v budoucnu z důvodu zanedbávání péče o něj. Zde je důležité především pomáhat rozvíjet vztah mezi rodiči a dítětem; pomoc při přetváření představ rodičů o jejich rodičovské roli, které si nesou ze své původní rodiny; podpora při stabilizaci sociální situace v rodině (např. splátkové kalendáře, hospodaření s financemi apod.); pomoc při přípravě materiálních podmínek pro potomka; věnování pozornosti oblasti rizikového chování rodičů a jeho důsledků pro dítě; a v neposlední řadě pak podpora prenatální péče o matku i o plod (tzn. životní styl matky, výživa, zdravotní péče apod.) (Bechyňová, Konvičková, 2008). Ne vždy jsou však rodiče i přes veškerou snahu schopni dítě vychovávat. Během takovéto práce s rodinou může dojít na přetřes otázka adopce nebo náhradní rodinné péče, především pak v takových situacích, kdy si rodiče sami nejsou jisti, zda výchovu a péči o dítě určitě zvládnou. Toto rozhodnutí musí pracovníci CSR vždy nechat na rodičích. V případě, že se však rodiče rozhodnou si dítě ponechat v rodině, pracovník CSR pojmenuje možná rizika, seznámí s nimi rodiče a ve spolupráci s pracovníky SPOD sestaví sanační plán, který pomůže vytvořit podmínky potřebné pro příchod dítěte. Čím dříve se podaří rizikovou rodinu kontaktovat a nabídnout jí odbornou pomoc, tím vyšší je šance, že tato pomoc bude úspěšná (Bechyňová, Konvičková, 2008).

5.4 Asistovaný kontakt

V případě, že dojde k odebrání dítěte z biologické rodiny a jeho následného přemístění (a to ať už do pěstounské péče, či ústavní výchovy), je na místě zvážit, zda je možné, aby rodina pokračovala v kontaktu mezi svými členy či nikoliv. Cílem asistovaného kontaktu je udržení a

rozvíjení vztahů dítěte s rodiči, avšak aby bylo takové setkání dítěte s rodiči či příbuznými prospěšné, je potřeba, aby bylo setkání dobře připraveno a aby bylo také odborně vedeno. Asistovaný kontakt jako sociální služba proto bývá poskytována neziskovými organizacemi, které se touto službou zabývají. Jejich snahou je udržet a rozvíjet vztahy i přes ztížené podmínky a omezit tak negativní dopad odloučení dítěte od rodiny (Metodika zprostředkování kontaktu dítěte s vlastní rodinou, [online]).

Asistovaný kontakt může mít různé formy – písemnou, elektronickou, telefonickou a osobní (Metodika zprostředkování kontaktu dítěte s vlastní rodinou, [online]). My se v této práci budeme zabývat poslední zmíněnou formou, a to proto, že dle našeho názoru je při budování vztahu mezi dítětem a rodiči osobní kontakt velmi důležitý a tato forma jako jediná dokáže naplňovat i potřeby fyzického setkání všech zúčastněných.

Asistovaný kontakt může dopomáhat dítěti dotvářet si vlastní identitu a pomáhá mu se orientovat ve svém vlastním životě. Dítě se pomocí kontaktu s příbuznými dozvídá více samo o sobě, může mnoho věcí pochopit a díky odborné pomoci se rodina učí spolu lépe mluvit (Manuální služby asistovaný kontakt, [online]).

Odborné vedení kontaktu spočívá v tom, že je pracovník CSR přítomen na setkání příbuzných s dítětem a vede rodinu při komunikaci. Pomáhá rodiče připravit na různé případné reakce potomka, učí je rozpoznávat jeho různé potřeby a adekvátně na ně reagovat, pomáhá jim při hře s dítětem a v péči o něj. Během celého setkání pracovník CSR rodinu pozoruje a vyhodnocuje úspěšnost této interakce (Bechyňová, Konvičková, 2008).

V některých situacích není možné setkání odborně doprovázet (např. z důvodu toho, že zařízení pro výkon ÚV tuto možnost nenabízí apod.). Podpora rodiny v těchto situacích pak spočívá v tom, že pracovník pomůže rodinu důkladně připravit a po setkání se zaměří na hodnocení průběhu této návštěvy. Vždy však platí, že přímý doprovod je při podpoře rodiny v kontaktu prospěšnější, a to už jen z toho důvodu, že se dítě díky odbornému doprovodu může postupem času cítit během těchto setkání bezpečněji a klidněji (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Pokud dojde k odebrání dítěte v rámci předběžného opatření, je důležité s rodinou pracovat na postupném zlepšení podmínek a na stabilizaci situace, kvůli kterým k předběžnému opatření došlo. Sestaví se multidisciplinární tým, který se skládá z odborníků pracujících s rodinou (např. pracovník SPOD, pracovník zařízení, ve kterém je dítě umístěno,

pracovník CSR, podle specifického problému v rodině pak např. i pracovníka zařízení pro léčbu závislosti, psychiatra, terapeuta apod.). Multidisciplinární tým sestaví plán, ve kterém stanoví cíle a časový rámec, vše v souladu se schopnostmi rodičů. Důležité je, aby byli rodiče srozumitelně informováni o tom, čemu je důležité se nyní věnovat, co je cílem, do kdy je nutné tyto kroky provést a proč je podstatné, aby tyto změny proběhly (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Kontakt dítěte s rodiči může probíhat jak na půdě zařízení pro výkon ÚV, tak i v domácím prostředí v rámci propustek. Těm předchází sociální šetření pracovníka SPOD (který se zaměřuje na to, zda podmínky, kvůli nimž bylo předběžné opatření vydáno, jsou upraveny) a zhodnocení kontaktu rodičů s dítětem v ústavním zařízení. Průběh propustky je opět nutné připravit. Zde hrají významnou roli pracovníci zařízení pro výkon ÚV, kteří na pobyt v domácím prostředí připravují dítě a po jeho návratu společně s dítětem propustku hodnotí, zjišťují, jak ji dítě prožilo, zda se na další návštěvu těší a zda je dítě celkově v pořádku (jak po fyzické, tak i psychické stránce). Rodiče na propustku připravují pracovníci CSR ve spolupráci s multidisciplinárním týmem. Rodiče se učí dovednostem spojených s péčí o dítě, získávají představu o tom, jak vypadá denní režim dítěte. Musí se naučit stanovovat dítěti určitá pravidla a adekvátně reagovat na to, když jsou tato pravidla porušena. A teprve poté, co rodiče bezpečně zvládají tyto krátkodobé propustky, je možné propustku prodlužovat, aby si dítě postupně zvykalo na pobyt v rodinném prostředí. Nakonec mohou být připravovány propustky přes noc (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Multidisciplinární tým poté vyhodnocuje na základě propustek schopnosti a dovednosti rodiče v péči o dítě. Na základě toho stanoví plán, který směřuje buďto k přípravě návratu dítěte zpět do péče rodičů nebo k podpoře kontaktu rodičů s dítětem v zařízení. Někteří rodiče jsou limitováni a péče o dítě v rámci propustek je pro ně maximem, kterého jsou schopni dosáhnout. Pokud dojde ke zrušení předběžného opatření, je dobré (a v některých případech nařízené soudem) v podpoře rodiny nadále pokračovat i po návratu dítěte zpět do rodiny, aby se kvalitativní změny v uspořádání podmínek v rodině udržely. Délka podpory po návratu dítěte se odvíjí od specifických potřeb dané rodiny a jejich aktuální situace (Bechyňová, Konvičková, 2008).

II PRAKTICKÁ ČÁST

6 ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI

Praktická část této práce navazuje na část teoretickou. Stěžejní oblastí získávání dat jsou rozhovory se sociálními pracovníky působícími v oblasti sociálně právní ochrany dětí a dále pak pracovníky terénní asistenční služby. Snahou a také zákonnou povinností takových pracovníků je pomoc rodinám s dítětem v § 6 zákona o sociálně právní ochraně dětí. Danými otázkami se snažíme zjistit, do jaké míry jsou jednotliví pracovníci spokojeni s efektem sanační služby poskytované rodinám, o které se starají, a zda je tato služba vhodným nástrojem pomoci rodinám s ohroženými dětmi.

6.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je především zjistit, zda je sanace rodiny vhodným nástrojem pro zlepšování nepříznivých podmínek pro vývoj dětí v rodinách, jaká je úspěšnost programu sanace rodiny, a v jakých případech sanace rodiny možná není. Dále se zaměříme také na spolupráci OSPOD a neziskové organizace, který poskytuje terénní asistenční službu. Zajímá nás, jestli tato spolupráce funguje, případně co by se na ní dalo změnit.

Při sbírání dat vycházíme z výzkumné otázky: *Jaký je efekt metody sanace rodiny z pohledu OSPOD a pracovníků neziskových organizací poskytující sanaci rodiny?* Tuto výzkumnou otázku dále specifikujeme dalšími výzkumnými otázkami.

1. Je sanace rodiny vhodným nástrojem pro zlepšování nepříznivých podmínek pro děti v rodinách?
2. Jaká je největší překážka při sanaci rodiny?
3. Jaká je podle dotazovaných spolupráce OSPOD s neziskovými organizacemi poskytujícími program sanace?
4. Jaký mají dotazovaní názor na formu sanace rodiny?
5. Jaký význam má biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?

Při získávání dat vycházíme z předpokladů, že sanace je vhodným nástrojem pro návrat dítěte zpět do rodiny a že se sociální pracovníci domnívají, že je sanace rodiny ve většině případů prospěšná.

6.2 Metodologie výzkumu

Pro praktickou část této diplomové práce jsme vybrali kvalitativně orientovaný výzkum. Kvalitativní výzkum vychází z fenomenologie, která klade důraz na subjektivní aspekty lidského počínání. Cíl takového výzkumu je získávání vhledu, porozumění smyslu zkoumaného jevu (Chráška, 2007). Zkoumaný vzorek je většinou složen z malé skupiny lidí, pro niž je charakteristická specifická specifičnost (Skutil, 2011). Kvalitativní výzkum nám pomáhá k hloubkovému porozumění fenoménu, přibližuje nám situaci, pomáhá vzniku nových teorií. Získané výsledky však nelze zobecnit na celou populaci (Hendl, 2008).

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili rozhovor. Rozhovor je vhodná metoda pro zjištění záměrů, názorů a postojů, a to především díky vysoké interakci mezi tazatelem a respondentem (Hendl, 2008). Skládá se z řady předem připravených otázek. Nevýhodou takového rozhovoru je obtížnější vyhodnocení, filtrování informací informantem a také fakt, že někteří lidé neumí sdělit své myšlenky souvisle a srozumitelně. Výhodou je naopak přímý kontakt tazatele s dotazovaným a tím pádem také možnost doptat se na určité nesrovnalosti, případně vysvětlit nesrozumitelné otázky dotazovanému (Hendl, 2008; Skutil, 2011).

6.3 Výběr vzorku respondentů a průběh šetření

Pro rozhovory byli vybráni 3 pracovníci OSPOD a 2 pracovníci nejmenované obecně prospěšné společnosti v rámci jednoho okresu. Tyto dvě skupiny respondentů byly vybrány záměrně, a to z toho důvodu, že se jedná o spolupracující skupiny, tedy náhled na danou věc se může mezi oběma skupinami lišit podle spokojenosti spolupráce s druhou organizací. Respondenti z OSPOD pracují na pozici terénní sociální pracovník/pracovnice a respondenti z o.p.s. pracují na pozici pracovník pro terénní asistenční službu. Pro respondenty jsme nestanovili žádná omezení z hlediska věku ani pohlaví, a to proto, že tato kritéria nemají na naše výsledky žádný vliv. Na otázky odpovídali 4 ženy a 1 muž ve věku od 25 do 50 let.

Rozhovory probíhaly v kancelářích konkrétních osob a každý rozhovor trval přibližně 25 minut. Byly sestaveny 2 druhy rozhovorů, přičemž každý druh byl adresován jedné ze skupiny zaměstnanců. Rozhovor pro pracovníky OSPOD má 17 otázek a rozhovor pro pracovníky terénní asistenční služby má 22 otázek. Skladba otázek odpovídá povaze zaměstnání, otázky jsou nastavené pro každou pracovní pozici odlišně ve snaze pracovat

s rozdílností pracovních náplní jednotlivých zaměstnanců. Bezprostřední odpovědi zaměstnanců jsme zaznamenávali pomocí záznamníku a poté přepisovali. Takto získané odpovědi jsme vyhodnocovali sumarizací (Skutil, 2011).

Z důvodu choulostivosti informací, které nám naši respondenti podávali, jsme se rozhodli pro ochranu osobních dat, proto jsme záměrně nejmenovali město či okres, ve kterém šetření probíhalo, ani jména jednotlivých pracovníků.

7 VYHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI A ZÁVĚREČNÁ DISKUSE

7.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Výzkumná otázka č. 1 se ptá, zda je sanace rodiny vhodným nástrojem pro zlepšování nepříznivých podmínek pro děti v rodinách. Z našeho šetření vyplývá, že sanace rodiny je vhodným nástrojem, ale pouze za splnění určitých předpokladů.

Prvním předpokladem je, že rodina, která se dostala do nepříznivé situace, má určité dispozice k tomu, že v budoucnu může a bude správně fungovat. Rodiče musí být schopni se o své dítě postarat. Některé rodiny se dostaly do problému, který samy neumí řešit, proto potřebují pomoc zvenčí, aby následně mohly plnit své funkce. Mnohem snáze se pracuje v rodině, kde nastal problém např. z důvodů tíživé finanční situace, která se dá vyřešit, než v rodině, kde problémy vznikají např. z důvodu závislosti, které klient řešit odmítá. Právě druhá zmiňovaná skupina patří mezi problémové případy, ve kterých sanace rodiny nemá přílišný úspěch – to si ale přiblížíme ve vyhodnocení výzkumné otázky č. 2.

Na toto navazuje druhý předpoklad, což je motivovanost rodiny uspět v programu sanace. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že demotivovaný klient ve většině případů značí neúspěch. Demotivovaný klient nespolupracuje, neplní dané cíle, nesnaží se na sobě zapracovat. S tím souvisí i dobrovolnost při vstupu do programu. Pokud se klient sám rozhodne pro vstup do programu, je sanace mnohem úspěšnější než v případech, kdy je klient do programu donucen.

Podle našeho šetření je sanace rodiny vhodným nástrojem pro zlepšování nepříznivých podmínek pro děti, ale rodina musí být motivovaná a musí mít určité dispozice k tomu, že v budoucnu bude správně fungovat a plnit své funkce. Toto zjištění se ale samozřejmě nedá paušalizovat na všechny rodiny, které do programu sanace vstupují a tyto předpoklady splňují.

Problém, který někteří pracovníci při sanaci rodiny spatřují, je přílišná podpora rodiny ze strany pracovníků. Podle nich někteří pracovníci rodinám ubližují tím, že za ně na sebe přebírají určitou zodpovědnost. Pak se stává, že místo toho, aby rodinám při různých úkonech radili a pomáhali, dělají tyto úkony za ně. Tím rodinu nenaučí samostatnosti, ale právě naopak rodina se stává závislá na pomoci. Ukončit tuto spolupráci je pak právě z tohoto důvodu

mnohdy velmi těžké. Sociální pracovník si musí zachovat určitý odstup a nezainteresovanost, aby neměl tendence plnit povinnosti místo rodičů. Je potřeba si uvědomit, že sociální pracovník má rodičům pomáhat a provázet je situací, ne je plně zastupovat v jejich povinnostech. Taková spolupráce rodinám opravdu více škodí, než pomáhá.

7.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Druhá výzkumná otázka se ptá: Jaká je největší překážka při sanaci rodiny?

Jak jsme již zmínili, podle dotazovaných je největší překážkou při sanaci rodiny nemotivovaný klient – klient, který nemá zájem a nespolupracuje. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že s takovým klientem se spolupracuje podstatně hůře. Další zmiňovanou překážkou jsou závislosti, které byly uváděny jako druhý nejčastější důvod neúspěšné sanace. Byly zmíněné především závislosti na návykových látkách, ale také závislost finanční či závislost na pomoci zvenčí. Třetí nejčastější zmiňovanou překážkou je spolupráce sociálního pracovníka s klientem, především pak to, že si klient a sociální pracovník vzájemně nevyhovují. Po výměně sociálního pracovníka pak většinou problém vymizí a sanace pokračuje standardním postupem. Předposlední zmíněnou překážkou je finanční situace v rodinách. Především matky samoživitelky mají problém měsíčně vyjít s penězi a nezdá se, že koncem měsíce už nemají žádné finanční prostředky. OSPOD se v těchto případech snaží těmto rodinám zajistit dávky a příspěvky, na které má rodina nárok. Opačnou situaci pak ale je, kdy rodina je ve finanční tísní a návrat dítěte vidí jako možnou alternativu „přivýdělků“ – dítě se vrátí zpět do rodiny a rodině tím pádem vznikne nárok na dávky a příspěvky. Tu funguje destruktivní motivace, která nemá příliš velký vliv na snahu zapracovat na zlepšení situace a rozhodně nemá dlouhodobý dopad. Motivace není správná – rodičům nejde primárně o to, mít dítě zpátky, ale o to, aby mohli těžit z přítomnosti dítěte v rodině. Poslední zmíněnou překážkou jsou dlouhodobé problémy. Klient se do svých problémů tak ponoří, že už není schopný vidět naději a věřit tomu, že je možné, že by se situace mohla zlepšit, což způsobuje, že se klient do svého problému ještě více pohrouží, dostává se do určitého koloběhu, ze kterého je těžké se vymanit.

Pracovnice Azylového domu pro matky s dětmi navíc ještě podotýkaly, že velkým problémem při poskytování služby sanace je také finanční stránka organizace. Potýkají se s nedostatkem financí na zajištění určitých nadstandardních služeb, které si klient sám nemůže

dovolit – např. cestovní výdaje spojené s potřebným vyšetřením, které lze provést pouze na vzdáleném pracovišti atd. Pracovnice se v takových případech cítí frustrované, protože si uvědomují nutnost některých úkonů a cítí povinnost klientům pomoci, ale bohužel nemají prostředky. Dalším problémem při zprostředkování sanace rodiny je mobilita pracovníků. Azylový dům pro matky s dětmi není vlastníkem automobilu, proto se pracovnice k ohroženým rodinám dopravují hromadnými dopravními prostředky, jako jsou např. autobusy či vlaky. Tento způsob mobility je však časově nákladný. Cesta do konkrétních vesnic či měst trvá mnohem déle než autem, pracovnice musí často přeseďat a setkávají se s tím, že na jednotlivé spoje musí čekat i několik minut. Pořízení automobilu by pro ně znamenalo ušetření času, který by mohly využít smysluplnějším způsobem než čekáním na zastávce autobusu.

7.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Výzkumná otázka č. 3 zní: Jaká je podle dotazovaných spolupráce OSPOD s neziskovými organizacemi poskytujícími program sanace?

Všichni dotazovaní se shodují na tom, že spolupráce OSPOD s Azylovým domem pro matky s dětmi je na dobré úrovni. Obzvláště pracovníci OSPOD si tuto spolupráci velmi pochvalují a jsou s ní spokojeni, protože jim pracovnice Azylového domu vycházejí vstříc a pomáhají jim s prací, na kterou mnohdy nemají tolik času, kolik je potřeba.

OSPOD je většinou v kontaktu s rodinou jako první. Jakmile zhodnotí, že je nutné nebo dobré, aby do dané rodiny docházely pracovnice Azylového domu, seznámí rodinu s touto službou a zkontaktuje pracovnice Azylového domu. Následně se naplánuje schůzka, na které se setkají pracovníci OSPOD, pracovnice Azylového domu a klient.

Pro pracovnice Azylového domu tato spolupráce znamená především určité „síto“ rodin zprostředkovaných OSPODEM, tzn. OSPOD vytipuje rodiny vhodné pro vstup do programu a těm pak představí sanaci rodiny jako jednu z možností. Rodiny, které se do programu následně dostanou, jsou z velkého procenta motivované, a proto je v jejich případě naděje, že bude sanace úspěšná.

V současné době Azylový dům pro matky s dětmi spolupracuje kromě OSPOD i se školami a snaží se o mediální zviditelnění. Klienti zde docházejí také na doporučení od jiných rodin. Největší zástup klientů však stále zprostředkovává OSPOD.

7.4 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4

Výzkumná otázka č. 4 se ptá: Jaký mají dotazovaní názor na formu sanace rodiny?

Pracovníci OSPOD se shodují na tom, že v současné době je forma sanace rodiny vyhovující. Jeden z dotazovaných zmínil, že mu v současné době chybí pouze zařazení doučování do nabídky služeb, přičemž další z dotazovaných prohlásila, že v současné době kolegyně z Azylového domu v rodinách i doučují – tu nám vznikla kolize názorů, zda je doučování zařazeno do nabídky služeb či nikoliv a my na tuto připomínku nedokážeme odpovědět. Podle další z dotazovaných některé kolegyně z Azylového domu dělají až nad rámec svých kompetencí.

Pracovnice z Azylového domu pro matky s dětmi současnou formu sanace rodiny hodnotí jako optimální. Uvědomují si prospěšnost práce v přirozeném prostředí rodiny, nedovedou si představit, jaký dopad by sanace rodiny měla v případech, kdy by rodiny docházeli ambulantně do budovy Azylového domu. Pracovnice vidí, že klient se ve svém prostředí chová přirozeně, sebejistě, není tak nervózní z návštěvy terénní asistenční služby. Proto jsou vděčné za možnost docházet ke klientovi domů.

7.5 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5

Poslední výzkumná otázka zněla: Jaký význam má biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?

Všichni dotazovaní se shodli na tom, že biologická rodina má velký význam pro vývoj dítěte, avšak ne v případech, kdy neplní své funkce. V takových případech biologická rodina dítěti škodí a způsobuje mu újmy na zdraví a vývoji. Pokud rodina funguje tak, jak má, plní všechny své funkce a dává dětem to, co potřebují, pak má biologická rodina nezastupitelný význam v životě dítěte.

K odebrání dítěte z biologické rodiny se přistupuje až v krajních situacích. Pracovníci se snaží především zajistit, aby se rodina sama naučila plnit své funkce a mohla sama zajistit dítěti to, co potřebuje. Pokud však rodina svůj problém nechce nebo není schopná vyřešit, pak jedinou možností je dítě odebrat a pokračovat umístěním dítěte. Velmi dobře pracovníci hodnotí také pěstounskou péči. Pokud je to možné, umístí se dítě do příbuzné rodiny či ke známým, které děti znají a se kterými mají vztah. Poslední z možností je umístění dítěte do ústavu. Ten s sebou ale nese řadu nevýhod, proto se přednostně hledají způsoby umístění dítěte do pěstounské péče.

7.6 Závěrečná diskuse

V předchozích kapitolách jsme přiblížili naše výzkumné šetření a vyhodnotili jsme odpovědi na výzkumné otázky. Provedli jsme 5 rozhovorů. Mezi našimi respondenty byly zastoupeny dvě skupiny pracovníků – sociální pracovníci OSPOD a sociální pracovníci terénní asistenční služby Azylového domu pro matky s dětmi. Jak jsme předpokládali, u některých otázek se názor těchto dvou skupin mírně lišil. Ve většině otázek jsme však zaznamenali určitou uniformitu odpovědí všech dotazovaných – jednalo se především o otázky na spokojenost se službou sanace rodiny, s formou této služby, na spokojenost se spoluprací OSPOD a Azylového domu. Zde se shodli všichni dotazovaní na stejném stanovisku.

Dotazovaní se také ve velké míře shodli na tom, že největším úskalí při sanaci rodiny je nemotivovaný, nespolupracující klient. Myslíme si, že motivovanost klienta je základní kámen úspěšné sanace rodiny. To vyplývá i z odpovědí našich dotazovaných. *„Sanace je úspěšná tehdy, kdy ten klient prostě chce, když je motivovaný, když on sám chce změnit situaci a je aktivní. A když naopak ten klient nechce, tak ta spolupráce a úspěch tam není.“* *„Já jako největší problém vidím rodiče, kteří nechtějí spolupracovat nebo si vůbec neuvědomují, že jejich děti jsou ohrožené, nechť něco změnit ze strany rodičů.“* *„Sanace je úspěšná tehdy, kdy ten klient prostě chce, když je motivovaný, když on sám chce změnit situaci a je aktivní. A když naopak ten klient nechce, tak ta spolupráce a úspěch tam není.“* Klient služby musí především do programu vstupovat dobrovolně, s vědomím toho, co jej čeká a co pro úspěch musí udělat. Pokud je do programu klient dotlačen orgánem SPOD, bývá tato služba velmi často neúspěšná.

Spolupráce OSPOD s Azylovým domem pro matky s dětmi byla všemi zúčastněnými hodnocena jako „dobrá“ a „na vysoké úrovni“. Tyto organizace v rámci své práce a v rámci multidisciplinárního týmu spolupracují s dalšími odborníky. Veškerá tato spolupráce byla hodnocena jako kvalitní. Toto potvrzuje také Adéla Trnová ve své bakalářské práci Terénní asistenční služba v rodinách s nezletilými dětmi ohrožených sociálním vyloučením ve [redacted] regionu (2010), která zkoumala stejnou územní oblast jako tato práce a tvrdí: „Na základě svých profesních zkušeností mohu zhodnotit spolupráci s institucemi jako dobře fungující a vyvíjející se. Spolupráce je vedena formou multidisciplinární spolupráce, jejímž přínosem a základní kvalitou je partnerský přístup mezi jednotlivými členy týmu.“

Naši respondenti se shodují na tom, že sanace rodiny je prospěšná. „Tato služba je určitě potřebná. My nemůžeme zastávat tuto pomáhající funkci, není na to absolutně čas, takže je určitě potřeba, aby tady něco takového bylo a já bych jen uvítal, kdyby těchto organizací bylo víc.“ „Určitě je to vynikající věc. Lidem to přiblíží, co je potřeba udělat, v čem si můžou zlepšit svoji situaci. My na to, abychom se těm lidem takhle intenzivně věnovali, nemáme kapacity, takže je to opravdu velká pomoc rodinám, i nám. Jsem za to ráda.“ „Sanace rodiny je z mého pohledu důležitá. Rodina kromě toho, že utváří člověka, je také – možná, že už je to otřepaná fráze – základ státu. A vracíme se k tomu, že problémy se mají řešit nejdříve v té rodině, má si nejdřív pomoci ta rodina. A potom, když už nejde o prevenci, tak nastupují složky státu. Myslím, že sanace rodiny a hlavně ten včasný zásah a prevence jsou důležité. Sanace rodiny má v tomhle ohledu velké možnosti.“ Naše zjištění doplňuje Martina Čížová ve své diplomové práci na téma Realizace služeb sociálně aktivizačních pro rodinu s dětmi v Moravskobudějovickém mikroregionu (2012). Z jejích výsledků vyčteme, že terénní sociální služba v rámci sanace rodiny pomohla rodinám uspořádat si finanční stránku, kterou dříve nezvládaly. V průběhu spolupráce je rodina schopná se naučit ovládat své finance a je schopná vycházet se svým rodinným rozpočtem. „Z uvedených výpovědí tedy vyplývá, že oběma ženám, které měly problémy s financemi, služba dokázala pomoci. Sociální pracovnice jim pomohla s vyřešením nepříznivé situace a poskytla rady s finančním plánováním“ (Čížová, 2012). Podle Čížové služba pomohla rodinám také s chodem domácnosti, rodiny vidí pokrok v domácí přípravě dětí do školy, ve výchově dětí.

Osobně jsem považovala za zajímavou otázku, jaký vliv má podle dotazovaných biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte. Na tuto otázku navazovala další, která se ptala, jaký mají dotazovaní názor na návrat dítěte zpět do biologické rodiny v případech, kdy bylo odebráno. Předpokládali jsme, že většina respondentů bude stát za názorem, že je dobré

zachovat původní rodinu dítěte a dítě nechat v rodině, ovšem pouze tehdy, pokud není ohroženo na vývoji nebo na zdraví. To se nám také potvrdilo. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že je dobré zachovat biologickou rodinu, ale ne za cenu toho, že by dítě mělo trpět. Toto tvrzení potvrzuje ve svém výzkumu v magisterské diplomové práci i *Veronika Hašová*, která v roce 2014 provedla výzkum na téma bariéry v prevenci odebrání dítěte z biologické rodiny nebo v podpoře jeho návratu z pohledu pracovníků OSPOD. Ta vychází z výsledků svého výzkumu, když tvrdí, že „*je základním principem sociálně-právní ochrany dětí sledovat vždy nejlepší zájem dítěte, což také všechny pracovnice pokládají za zásadní a několikrát zmínily, že je důležité pracovat na zachování rodiny, ale jen do té míry, dokud to neohrožuje zdravý vývoj dítěte, pak je třeba ho chránit.*“ S autorkou jsme se dále shodli také na tvrzení, že náhradní rodinná péče (v našem případě zmíněná pěstounská péče) „*by mohla být postavena na roveň*“ biologické rodině. Náš respondent tvrdí, že „*i v pěstounských péčích to funguje na hodně dobré úrovni, ...*“. Zároveň však dodává, že „*určitě nejdůležitější je primární rodina, ze které člověk pochází.*“ Tzn. tvrdí, že pěstounská péče v současné době dokáže plně nahradit biologickou rodinu, ze které člověk pochází, avšak biologická rodina v životě dítěte zastává takovou pozici, kterou nedokáže zastávat nikdo jiný. Myslíme si, že je to dáno nezastupitelnou vazbou, která se vytváří díky biologickému mateřství a otcovství.

Uvědomujeme si nedostatky této práce, které spočívají především ve výzkumné části. Prvním nedostatkem je volba výzkumné metody. Rozhovory slouží jako nástroj k získávání názorů, postojů, avšak může docházet k ovlivňování odpovědí, ke špatně zvoleným otázkám, k nedorozuměním mezi tazatelem a dotazovanými apod. V našem případě jsme se u rozhovoru č. 1 potýkali s tím, že paní I. některé otázky pochopila špatně, neodpovídala přímo a celkově hledala v otázkách možná zbytečné složitosti. Tento rozhovor byl také negativně ovlivněn tím, že to byl první rozhovor našeho výzkumu, a my jsme proto neměli zkušenosti s vedením rozhovoru a ani jsme neměli sesbírané jiné odpovědi, se kterými by bylo možné srovnávat. Při dalších rozhovorech jsme v případě, kdy se dotazovaný vzdálil původní otázce, věděli, jak reagovat a dotazovaného nějakým způsobem navedli na správnou cestu. Stejně tak rozhovor č. 4 a č. 5 byl poznamenán tím, že jsme mluvili současně s oběma pracovnicemi, což byla zásadní chyba. Pracovnice potom neodpovídaly samy za sebe, ale za celou skupinu a tím velmi zúžily sesbírané informace.

Dalším nedostatkem je pravděpodobně to, že získané informace jsme nepotvrdili i ze strany klientů. To by bylo nejlepší provést rozhovory či případovými studiemi, a to s rodinami, které si programem sanace prošly. Bylo by dobré zjistit efekt sanace rodiny poté,

co sanace proběhla, a tím získat informace, kterými bychom s větší jistotou potvrdili nebo vyvrátili dané výzkumné předpoklady. K této možnosti jsme se neuchýlili z důvodu, že rodiny, které programem sanace prošly, neprojevily zájem se výzkumu zúčastnit a poskytnout tak cenné informace. Navíc už sběr dat rozhovory byl časově náročný, protože pracovníci OSPOD i Azylového domu jsou vytížení, proto výzkum případovými studii či rozhovory z časového důvodu nebyl příliš realizovatelný. Věříme však, že i přes tyto nedostatky přinesla práce své ovoce a poslouží alespoň v rámci osvěty veřejnosti o problematice syndromu CAN a sanace rodiny.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje zjišťování efektu sanace rodiny při zlepšování nepříznivých podmínek ohrožených dětí.

Teoretická část slouží jako terminologický, teoretický a legislativní podklad pro zpracování praktické části. V teoretické části jsme přiblížili syndrom CAN jako takový, poukázali jsme na jeho formy a poskytli jsme náhled některých autorů na danou problematiku. Dotkli jsme se historie pojmu syndrom CAN, který nám pomáhá pochopit postavení dítěte ve společnosti v průběhu věků. Díky tomu jsme zjistili, že postavení dítěte vůči dospělému člověku nebylo po mnoho staletí rovnoměrné. I v některých současných společnostech je dítě stále ještě chápáno jako něco podřadného. Naše společnost je naštěstí silně pedocentrická, tzn. na dítě zaměřená, takže naše společnost silně bojuje za prosazování dětských práv. I přesto se však setkáváme s týráním, zneužíváním a zanedbáváním dětí. Proto si myslíme, že je nutné na syndrom CAN a jeho výskyt stále upozorňovat, což bylo také cílem teoretické části této bakalářské práce.

V teoretické části dále přibližujeme práci OSPOD a sanaci rodiny. Orgán sociálně-právní ochrany dětí plní klíčovou úlohu při zjišťování syndromu CAN a při pomoci dětem v jejich nepříznivé situaci. Popisujeme jednotlivý postup OSPOD při řešení případů, vyhodnocování situace, tvorbu individuálního plánu. Jsou zde přiblíženy také případy, ve kterých situaci nelze řešit jinak než předběžným opatřením a umístěním dítěte do náhradní rodinné nebo ústavní péče. Kapitola 5. přináší informace vysvětlující pojem sanace rodiny, objasňuje, které rodiny jsou vhodné pro sanaci a které nikoliv. Z našeho pohledu se jako nejvhodnější typ rodiny pro program sanace jeví dysfunkční rodina. Dále je tato kapitola zaměřená na ozřejmení sociální práce při sanaci rodiny, věnujeme se práci s rodinou a podpoře rodiny a je zde vysvětlen také asistovaný kontakt po umístění dítěte do náhradní rodinné péče či ústavní výchovy.

Praktická část navazuje na teoretické ukotvení a klade si za cíl zjistit, zda je sanace vhodným nástrojem řešení nepříznivých podmínek ohrožených dětí. Jako výzkumnou metodu jsme použili kvalitativní získávání informací pomocí rozhovorů. Rozhovory jsme získávali v prostředí blízkém dotazovaným – v jejich kancelářích, proto si myslíme, že prostředí nemělo vliv na výsledné odpovědi. Snažili jsme zodpovědět 5 výzkumných otázek, a to:

1. Je sanace rodiny vhodným nástrojem pro zlepšování nepříznivých podmínek pro děti v rodinách?

2. Jaká je největší překážka při sanaci rodiny?
3. Jaká je podle dotazovaných spolupráce OSPOD s neziskovými organizacemi poskytujícími program sanace?
4. Jaký mají dotazovaní názor na formu sanace rodiny?
5. Jaký význam má biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?

Z rozhovorů jsme odpovědi na tyto otázky získali. Tyto odpovědi nám pomohly nejen zodpovědět výzkumné otázky, ale také pochopit princip spolupráce OSPOD a Azylového domu pro matky s dětmi, přiblížit sanaci rodiny jako takovou a ukázat, kdy je prospěšné nahradit biologickou rodinu pěstounskou péčí apod. Z rozhovorů jsme získali mnoho dalších cenných informací. Zjistili jsme skladbu multidisciplinárního týmu daného okresu a názory tamějších pracovníků na něj, poukázali jsme na jednotlivé role OSPODU a Azylového domu při zařazování rodiny do programu sanace. Upozornili jsme na případy, kdy sanace rodiny je možná a kdy není. V rámci rozhovorů s pracovníky jsme prezentovali jednotlivé služby, které daná organizace nabízí, a přiblížili jsme konkrétní postupy této organizace při zprostředkování sanace rodiny. Poukázali jsme na možné úskalí při poskytování sanace rodiny.

Z důvodu, že jsme zvolili kvalitativně orientovaný výzkum, nelze však námi získané výsledky aplikovat celoplošně. Získané informace nám spíše pomohly pochopit souvislosti a nabídky nám vhléd do této problematiky. Nelze předpokládat, že stejné výsledky bychom mohli paušalizovat i v jiném okrese.

Doufáme, že tato bakalářská práce bude sloužit jako teoretický základ pro všechny, které tato problematika zajímá a zároveň pomůže v rozšíření pojmu *Syndrom CAN* do povědomí širší veřejnosti. Také doufáme, že sesbírané rozhovory pomohou zlepšit všeobecný názor veřejnosti na OSPOD a seznámí ji se sanací rodiny jako formou sociální práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literární zdroje

1. BECHYŇOVÁ, Věra a kol. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Vyd. 1. Praha: IREAS, Institut pro strukturální politiku, 2007. 239 s. ISBN 978-80-86684-47-5.
2. BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 152 s. Str. 103-105. ISBN 978-80-7367-392-5.
3. BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta. *Sanace rodiny: Sociální práce s dysfunkčními rodinami*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. 152 s. ISBN 978-80-262-0031-4.
4. BECHYŇOVÁ, Věra. *Případová konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0181-6.
5. BENTOVIN, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Vyd. 1. Praha: Grada publishing, 1998. 120 s. ISBN 80-7169-629-3.
6. DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH, Zdeněk MATĚJČEK. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1995, 245 s. ISBN 80-7169-192-5.
7. ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
8. FISHER, Slavomil, ŠKODA, Jiří. *Sociální Patologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
9. GJURIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana a KOUTEK, Jiří. *Podoby násilí v rodině*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2000. 101 s. ISBN 80-7021-416-3.
10. HANUŠOVÁ, Jaroslava. *Násilí na dětech – syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 22 s. ISBN 80-86991-78-4.
11. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
12. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
13. MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

14. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
15. MILFAIT, René. *Komerční sexuální násilí na dětech*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-320-8.
16. MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství veřejné zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2014. 256 s. ISBN 978-80-246-2542-3.
17. PEMOVÁ, Terezie, PTÁČEK, Radek. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2
18. PÖTHE, Petr. *Dítě v ohrožení*. Vyd. 1. Praha: G plus G, 1996. 143 s. ISBN 80-901896-5-2.
19. RACEK, Jindřich, SOLAŘOVÁ, Hana, SVOBODOVÁ, Alena. *Vyhodnocování potřeb dětí: Praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Lumos Foundation, 2014. 29 s. ISBN 978-80-260-5521-1
20. SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc, 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1.
21. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-778-7. Vyb
22. SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2008, 155 s. ISBN 978-80-7368-474-7.
23. ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Vyd. 1. Praha: Linde, 2003. 156 s. ISBN 80-86131-44-0.
24. VANÍČKOVÁ, Eva. *Dětská prostituce*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 2007. 144 str. ISBN 978-80-247-2218-4.
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
26. ZELENÁ, Martina, KLÉGROVÁ, Alžběta. *Podpora rodiny*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-67-9.

Projekty

1. ŠVRČINOVÁ, Linda, HOFERKOVÁ, Stanislav;a. *Projekt FRVŠ č. 648/2009 (G5)*. s.

Zákony a předpisy

1. Úmluva o právech dítěte, ve znění pozdějších předpisů
2. Vyhláška č. 473/2012 Sb., O provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
3. Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
4. Zákon č. 359/1999 Sb., O sociálně právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
5. Zákon č. 109/2002 Sb., O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovná péče ve školských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
6. Zákon č. 292/2013 Sb., O zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů
7. Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje

1. About Pesso Boyden System Psychomotor Therapy [online]. [cit. 23. 12. 2014] Dostupné z www: <www.pbsp.com>
2. BITTNER, Petr. *Metodika služby sanace rodiny se zaměřením na spolupráci mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí a poskytovateli sociálních služeb Pardubického kraje* [Online]. 2009 [cit. 8. 6. 2014] Dostupné z www: <<http://www.pardubickykraj.cz/prevence-kriminality/64360/metodika-sanace-rodiny>>
3. BUTULOVÁ, Bronislava. *Manuál služby asistovaný kontakt* [online]. [cit. 3. 1. 2015] Dostupné z www: <<http://www.nadacesirius.cz/soubory/ke-stazeni/Manual-sluzby-Asistovany-kontakt.pdf>>
4. ČÍŽOVÁ, Martina. *Realizace sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi v Moravskobudějovickém mikroregionu* [online]. Olomouc, 2012. [cit. 15. 6. 2015] Dostupné z www: <<http://theses.cz/id/imuazd?info=1;isshlret=Martina%3B%C4%8C%C3%8D%C5%BD%20V%20%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dmartina%20%C4%8D%C3%AD%C5%BEov%C3%A1%26start%3D1>>
5. Dětská práva [online]. [cit. 3.6.2014 10:00] Dostupné z www: <www.detskaprava.cz>
6. HAŠOVÁ, Veronika. *Bariéry vnímané sociálními pracovníky (OSPOD) v prevenci odebrání dítěte z biologické rodiny nebo v podpoře jeho návratu po té, co bylo z*

- rodiny odebráno* [online]. Brno, 2014. [cit. 15. 6. 2015] Dostupné z www: <http://is.muni.cz/th/416885/fss_m/Hasova_Veronika-Diplomova_prace_final.pdf>
7. Kontinuita rodinného práva se současným stavem [online]. [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z www: <obcanskyzakonik.justice.cz/rodinne-pravo/koncepcni-zmeny/>
 8. Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci [online]. 2010 [cit. 15. 6. 2015] Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9086/Methodika_pripadove_konference.pdf>
 9. Předběžná a ochranná opatření – Česká republika [online]. [16. 6. 2015] Dostupné z www: <https://e-justice.europa.eu/content_interim_and_precautionary_measures-78-cz-maximizeMS_EJN-cs.do?member=1>
 10. Rodina a ochrana práv dětí. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 12. 6. 2015] Dostupné z www: <<http://www.mpsv.cz/cs/4>>
 11. Sanace rodiny [online]. [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z www: <www.sanacerodiny.cz>
 12. SEMERÁDOVÁ, Monika a kol. *Metodika zprostředkování kontaktu dítěte s vlastní rodinou*. Centrum náhradní rodinné péče Amalthea [online]. 2012 [cit. 3. 1. 2015] Dostupné z www: <http://amalthea.cz/projekty/ostatni/nrp_systemova_zmena/vystupy/0106-po-procesu-priprav/metodika-zprostredkovani-kontaktu-s-rodinou_121023.pdf>
 13. Slovník cizích slov [online]. [cit. 6. 6. 2014] Dostupné z www: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/transgeneracni-prenos>>
 14. Správní činnost při sociálně-právní ochraně dětí [online]. [cit. 15. 6. 2015] Dostupné z www: <www.mvcr.cz/soubor/ochranadeti-pdf.aspx>
 15. TRNOVÁ, Adéla. *Terénní asistenční služba v rodinách s nezletilými dětmi ohrožených sociálním vyloučením v [redacted]ém regionu* [online]. Olomouc, 2010 [cit. 15. 6. 2015] Dostupné z www: <<http://theses.cz/id/lsgbfd?info=1;isshlret=Ad%C3%A9la%3BTrnov%C3%A1%3B;zet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dad%C3%A9la%20trnov%C3%A1%26start%3D1>>
 16. Unicef [online]. [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z www: <www.unicef.org.uk/UNICEFs-Work/Our-mission/Childrens-rights/>
 17. Unicef [online]. [cit. 3. 6. 2014] Dostupné z www: <www.unicef.cz/co-delame/kde-pusobime>

18. VANÍČKOVÁ, Eva. *Deklarace práv dítěte*. Informační centrum vlády [online]. 2009 [cit. 04. 01. 2014]. Dostupné z www: <<http://icv.vlada.cz/cz/tema/deklarace-prav-ditete-63749/>>
19. Zvláštní formy týrání a zanedbávání [online]. [cit. 09. 05. 2015] Dostupné z www: <<https://www.zachranny-kruh.cz/pro-verejnost/kriminalita-rizikove-chovani/tyrane-deti/zvlastni-formy-tyrani-a-zanedbavani.html>>

SEZNAM ZKRATEK

atd. – a tak dále

apod. – a podobně

atp. – a tak podobně

CAN – Child Abuse and Neglect (Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)

CSR – Centrum pro sanaci rodiny

č. – číslo

Dr. – doktor

IPOD – individuální plán ochrany dítěte

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MVČR – Ministerstvo vnitra České republiky

např. – například

NOZ – Nový občanský zákoník

o. p. s. – obecně prospěšná společnost

OSN – Organizace spojených národů

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

prof. – profesor

Sb. – sbírka

SPOD – sociálně právní ochrana dětí

TAS – Terénní asistenční služba

tj. – to je

tzn. - to znamená

tzv. – tak zvaný

ÚV – Ústavní výchova

SEZNAM PŘÍLOH

1. Rozhovor č. 1 – Paní I., terénní sociální pracovnice OSPOD
2. Rozhovor č. 2 – Pan A., terénní sociální pracovník OSPOD
3. Rozhovor č. 3 – Paní M., terénní sociální pracovnice OSPOD
4. Rozhovor č. 4. – Paní K., terénní sociální pracovnice, Azylový dům pro matky s dětmi
5. Rozhovor č. 5. – Paní J., terénní sociální pracovnice, Azylový dům pro matky s dětmi
6. Přehled náplně práce terénního sociálního pracovníka OSPOD

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

1. Rozhovor s paní I., Terénní sociální pracovnící OSPOD

1. Popište, prosím, pozici, kterou zastáváte a popište náplň Vaší práce.

Jsem terénní sociální pracovníce na oddělení sociálně právní ochrany dětí. Stěžejní prací by převážně měla být ta v terénu, bohužel dneska se dostáváme do situace, kdy jde spíše o práci administrativní. Náplň práce je hodně obšírná, odkázaná i na různé zákony, paragrafy... *(Pro úplnost jsme dostali ucelený přehled náplně práce terénní sociální pracovníce – viz příloha č. 6)* Stěžejní je sledovat děti, a pokud se nám objeví dítě, které odpovídá popisu, který je udán v § 6 zákona o sociálně právní ochraně dětí, což znamená, že je ohroženo na životě či na zdraví, je ohroženo trestnou činností, špatnou péčí, špatnými podmínky atd., tak musíme jednat a rodinu navštěvovat, případně podávat návrhy k soudu nebo na policii.

2. Jak dlouho pracujete na této pozici?

Pod městským úřadem na této pozici pracuji od roku 2002, tedy 13 let.

3. Jak často se setkáváte se sanací rodiny jako formou terénní služby?

S terénní prací se setkávám každodenně a je různá. Prolíná se se soudními jednáními, protože jsme stanoveni při soudních jednáních opatrovníky nezletilých dětí. Dále navštěvujeme klienty v terénu, v zařízeních, pokud tam máme umístěné děti, spolupracujeme s různými odborníky a organizacemi.

4. Jak byste ohodnotila spolupráci s neziskovými organizacemi v rámci sanace rodiny?

V současné době spolupracujeme s terénní asistenční službou azylového domu, máme nastavené určité pravidla a domlouváme se, takže máme i tam velké zastoupení. Teď dokonce ještě vyšly minitrendy ministerstva práce a sociálních věcí, takže dokonce tamější kolegyně v rodinách i doučují, zajišťovaly kamarády – to je taková činnost, kterou občas potřebují i naši klienti pro své děti, aby děti měly vyplněný volný čas, a to aktivně a trošku i na úrovni, jednoduše aby se bezcílně netoulaly po sídlištích. Dále se zaměřují na finanční gramotnost, aby si klienti nebrali půjčky, vytvořili si splátkový kalendář a podobně. A samozřejmostí je i pomoc právní, která je v rámci této organizace bezplatná, a pomoc psychologická.

Dále máme ještě další asistenční styky, které nám zajišťují tři nestátní organizace v rámci okresu. Řekla bych, že je toho mnohem víc, než jak jsem byla zvyklá na začátku své práce. Spíše je důležité, aby toho nebylo až příliš, aby se v tom klient spíše neztrácel. Musíme mít vždy možnost domluvit se tak, aby to bylo v zájmu našeho klienta a hlavně jeho dětí.

5. Kolik rodin je v současnosti zařazeno do programu sanace rodiny ve Vašem obvodu?

Existuje seznam a každá pracovnice má určitý počet rodin. My klientovi předložíme nabídku, ale všechno je na dobrovolnosti klienta. Pokud bude chtít do programu vstoupit, nestátní organizace s ním uzavírá dohodu. My klientům naznačíme, že bychom byli rádi, kdyby spolupracovali s těmito organizacemi, a dál je to na něm. Pokud bude souhlasit, nestátní organizace vytvoří dohodu, která bude zaměřena právě na tu problematiku, která se v rodině řeší. Kolegyně to potom mohou dále ještě rozšířit. Ale vždy musí být sepsána dohoda.

Kdybych to měla spočítat, tak v dané organizaci je asi 6 terénních pracovníků a každá má nějakou rodinu ode mě. Existuje určitý seznam a já bych z něj musela vytipovat, která rodina je v programu. Přesný počet ale bohužel nevím.

6. Jaká je role orgánu sociálně-právní ochrany dětí při zařazování rodin do programu?

S nestátní organizací se vzájemně doplňujeme a hlavní zájem nás obou je, aby dítě zůstalo v rodině a nemuselo být umístěno. Z toho důvodu máme nastavenou tuto spolupráci. Z naší strany jde spíše o doporučení dané rodině. V případech, kdy klient do programu vstupuje zcela dobrovolně, má program větší úspěch, než když je klient donucen. Ale i takové případy tu máme – kdy říkáme, že jako stěžejní vidíme právě spolupráci s touto organizací, a snažíme se klienta alespoň ze začátku motivovat.

Vždy je to ale o klientovi, někdy se to daří, někdy ne. Obzvláště u problematické klientely, např. s nějakou závislostí na návykových látkách, je tato práce jako na houpačce – jednou jsme nahoře, jednou dole.

7. Je sanace rodiny zaměřena pouze na biologické rodiče nebo i na rozšířenou rodinu?

Záleží na tom, jestli rozšířená rodina jeví zájem o dítě a jeho situaci. Většinou nám jde samozřejmě o biologickou rodinu. V současné době je to už několikátý rok, co nemám žádné dítě v zařízení. Spíše využíváme spolupráce s dětským domovem pro děti do 3 let nebo zařízení pro děti s okamžitou pomocí.

8. Co je podle Vás největším problémem při práci s ohroženými rodinami v současnosti?

Myslím, že největším problémem při práci s těmito rodinami je bohužel finanční otázka, podmínky práce, hledání podmínek, zajištění, ... Musím říct, že se hledají různé možnosti, jak pro klienta získat různé finanční prostředky. Využívá se dávkový systém úřadu práce, píšeme doporučení pro úřad práce kvůli dávkám, aby se finanční situace v rodině zlepšila. Pomáhá nám také charita, která z peněz navíc pomáhá rodinám. Snažíme se především matkám samoživitelkám zajistit prostředky. Ovšem velmi často se bohužel setkáváme s tím, že rodiny živoří tzv. „od výplaty k výplatě“.

9. Popište, prosím, skladbu multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracujete.

Já se multidisciplinárního týmu akorát zúčastňuji, v nejbližší době by mělo být další setkání, a tam by měli být pozváni odborníci z těchto nestátních organizací. Např. psychology jsem tam viděla, lékaře jsem tam minule neviděla.

Pro mě je to spíše na té bázi, že o sobě víme, že spolu spolupracujeme. Samozřejmě je to také setkávání, předávání informací. Je to spíše přiblížení naší práce, toho, co potřebujeme znát pro to, abychom mohli vyhodnotit situaci onoho dítěte, zadat individuální plán, s rodinou na něm pracovat... Ukazujeme si v širším spektru, jak se daná rodinná situace probírá a co všechno do řešení musíme zahrnout.

10. Jak byste ohodnotila tuto skladbu, popřípadě co byste na ní změnila?

Teď momentálně nevím, koho kolega pozve na příští setkání tohoto týmu, ale my jsme měli před nedávnem schůzku s opatrovníckými soudci a já bych řekla, že se situace celkem lepší oproti minulému období. Jsme rádi za to, že pokud rodiče souhlasí a mají dítě vyšetřeno v pedagogické poradně, dostaneme závěrečnou zprávu a můžeme se o něco opřít a tím se podílet na tom, aby se podmínky a stav v rodině zlepšil. S nemocnicí je to trochu horší, lékaři raději řeší věci telefonicky a ne písemně, což je pak problém, protože pokud potřebujete něco pro soud při řešení určitého případu, tak stěžejní jsou písemné dokumenty než nějaký můj důkaz toho, že jsem telefonicky hovořila s nějakým odborníkem. Je potřeba mít všechno podložené a to tady ještě trochu koliduje.

11. Jaký máte názor na službu sanace rodiny?

S kolegyně z TAS vycházím dobře, takže já tuto službu vítám, protože mi v rodinách pomáhají. Pokud nemáme kapacitu starat se o určitou rodinu, zažádáme o spolupráci. Jejich práce je důkladnější, než by z důvodu časového omezení bylo možné u nás.

12. Jaký máte názor na formu či podobu služby sanace rodiny?

Azylový dům má svoje standardy, kterými se řídí. Určité věci jsme si vyříkali a měli jsme možnost si na takovém společném setkání nastavit podmínky a vzájemně si vyjít vstříc, takže já bych hodnotila tuto formu v současné době dobře.

13. Jaký má podle Vás význam biologické rodiny pro zdravý vývoj dítěte?

Pokud biologická rodina funguje, tak výborný. Otázkou ale je, jaký význam má pro dítě biologická rodina, která nefunguje.

14. Jaké jsou nejčastější důvody neúspěšné sanace rodiny?

Může to být návrat k závislosti, vznik např. finanční závislosti, braní půjček. Klient se může dostat do takového koloběhu, který nemá šanci zvládnout, pokud si o pomoc nezažádá dřív, než ho ovládne ta závislost, která ho ničí daleko víc.

15. Má podle Vás smysl podporovat návrat dítěte do původní biologické rodiny, z níž bylo odebráno? V jakých případech má podle Vás smysl a v jakých ne?

Záleží na tom, jak je zákonný zástupce nebo rodič nastaven, jestli má zájem, aby měl děti zpátky, aby tvořili rodinu. Je to o té motivaci zákonného zástupce. Pokud spolupracuje, vedeme ho k tomu, aby si podmínky naší pomoci a pomoci nestátních organizací zajistil. Někdy se přidá i širší rodina, což je dobré, protože je to další forma pomoci. A postupem času není důvod bránit častějším pobytům v rodinách a docílit tak pomalejšího, ale pravidelného přesunu do rodinného prostředí.

Rodinu nemá smysl podporovat tehdy, když rodič nemá absolutně žádný zájem. Záleží taky na vyspělosti a přání toho dítěte. Za určité období to dítě jaksi dozraje k nějakému vlastnímu názoru, tím pádem i na jeho názor se klade důraz, takže to může být i o tom, jak danou situaci vnímá dítě. Dítě třeba změní pohled a bude chtít k příbuzným, bude chtít k druhému rodiči,...Záleží na motivaci rodiče vytvořit si co nejrychleji podmínky, aby se mohl s dítětem sejít.

16. V kolika procentech podle Vás sanace rodiny není reálným řešením nastalé situace?

Já se přiznám, že i když bylo něco na první pohled beznadějně, tak jsem byla sama překvapená, že to tam teď třeba časem začalo fungovat. Měli jsme tu matku, která byla víc jak 10 krát v PL léčebně, a přesto se jí děti vrátily a v současné době normálně funguje. Může se

vám podařit člověka motivovat, aby sám chtěl něco změnit, anebo se může ještě více ponořit do toho postoje, že už nic nemá smysl. Pak je to už více méně o klientovi. Přesná čísla ale nemám a netroufám si je odhadovat.

17. Myslíte si, že podpora rodiny je vždy prospěšná? Přibližte případy, kdy podle Vás je a kdy není prospěšná.

Jeví se mi to asi tak, že není prospěšná tehdy, kdy ten zájem nepřevládá kvůli vztahům a citům, ale kvůli strážce finanční. Může to tak vypadat, že pro některé je potom prioritou „vezmu si dítě a budu se mít líp, protože budu mít různé příspěvky a výhody, co se týká materiálního zabezpečení“. I když těžko říct, nikdo Vám to takhle veřejně neřekne. Nám se to tak může jevit, ale toť otázka.

Příloha č. 2

2. Rozhovor s panem A., Terénním sociálním pracovníkem OSPOD

1. Popište, prosím, pozici, kterou zastáváte a popište náplň Vaší práce.

Jsem sociální pracovník OSPOD. Navštěvuji rodiny, jednak které jsem převzal, a potom ty, které se nově objevují v evidenci různými oznámeními, poukazováním lidí, sousedů, upozornění od Policie ČR.

Chodím na soudní jednání, navštěvuji ty rodiny, které mám v evidenci, řeším různé spory, prošetřuji poměry, když se rodiče rozvádí – tehdy je první krok ten, aby si vyřešili situaci dětí, výchovu a výživu dětí, a až potom se můžou rozvést, takže toto my děláme. Jak už jsem říkal, reaguji na upozornění – to si vždy musím lidi tady na oddělení pozvat a probrat to s nimi a zhodnotit situaci, jestli je dítě v § 6 zákona OSPOD nebo není, když je, tak je ohroženo – tzn. musím udělat individuální plán ochrany dítěte s vyhodnocením a potom v té rodině dál pracuji. Po půl roce se tento plán přezkoumává a musím reagovat i aktuálně na dění v rodině. Můžu mít plán nastavený třeba na půl roku, ale když se tam třeba za měsíc něco vážného stane, tak na to musím reagovat a plán v tu dobu předělat.

2. Jak dlouho pracujete na této pozici jako zaměstnanec OSPOD Vsetín?

Rok a dva měsíce na projekt OSPOD – směr, změna a od května od června bych měl být zaměstnán na neurčito.

3. Jak často se setkáváte se sanací rodiny jako formou terénní služby?

Poměrně hodně často, protože nemůžu zastávat funkci, kdy bych měl v rodině vykonávat pomoc, zabezpečovat doprovázení do různých organizací, vyřizování záležitostí atd. Tyto věci dělají holky v těchto „TASKách“ a já se s nimi setkávám často, protože mám těch rodin docela dost a v hodně rodinách je spolupráce nastavená s nimi.

4. Jak byste ohodnotil spolupráci s neziskovými organizacemi v rámci sanace rodiny?

Hodnotil bych to jako dobrou spolupráci, vycházíme si vstříc, kdykoliv já potřebuju jakoukoliv zprávu o aktuálním dění a nemůžu ji z rodiny dostat, tak není problém si ji vyžádat od kolegyně z TAS, protože dochází do těchto rodin daleko častěji. Tato spolupráce je na hodně dobré úrovni.

5. Kolik rodin je v současnosti zařazeno do programu sanace rodiny ve Vašem obvodu?

Já jich mám odhadem asi 12 zhruba z 50 rodin. Samozřejmě ve všech těch rodinách se nepracuje pořád, ten plán je tam nastavený za nějakým účelem, třeba na půl roku, a potom se dělá přezkum s tím, že se některá rodina třeba vyřadí, takže se do ní pak nedochází pravidelně. Ale jsou i rodiny, kam se musí chodit každých 14 dní. Kde je výskyt třeba nějakých sociálně patologických jevů – alkohol, drogy, tam se musí chodit opravdu poctivě. Protože to jsou rodiny, do kterých když člověk 14 dní nejde, tak je tam hned problém.

6. Jaká je role orgánu sociálně-právní ochrany dětí při zařazování rodin do programu?

Domlouváme se, že tu máme rodinu a potřebovali bychom, aby do ní nějaká pracovnice docházela. Kolegyně v TAS si potom zhodnotí, kolik kdo má na starost rodin a vedoucí potom přiřadí danou rodinu příslušné pracovnici.

Záleží na kompetenci a na zhodnocení každého pracovníka dané situace, jestli je potřeba, aby v rodině fungovala TAS nebo ne. Když zhodnotím, že maminka je intelektuálně slabá, nedokáže si vyřídit různé věci, potřebuje tady tu pomoc, oporu, musí se jí v těchto věcech radit.

7. Je sanace rodiny zaměřena pouze na biologické rodiče nebo i na rozšířenou rodinu?

Záleží to i na tom, jak to zhodnotí pracovnice z TAS, ony píší smlouvu konkrétně s tou rodinou nebo s rodičem, kde pracují. V rámci jejich práce jsou schopny pomoci i širší rodině, ale vždy je to ošetřeno smlouvou, kterou uzavírají s danou rodinou.

8. Co je podle Vás největším problémem při práci s ohroženými rodinami současnosti?

Nespolupráce rodičů, nechota spolupracovat a možná takový ten všeobecně známý pohled „sociálka k nám přišla“. My jsme od toho, abychom pomohli, našim cílem není odebrat dítě z rodiny, my se snažíme, aby to dítě v té rodině zůstalo, a uděláme všechna opatření a kroky pro to, aby to tak bylo. Jenže ty lidi si myslí „á, tady přišel čert a bude nám odsud někoho tahat“, tak to nefunguje. Ale většinou nechtějí spolupracovat. S tím se setkáváme docela často, hlavně tedy u romské populace. Pro ně nějaký individuální plán ochrany dítěte neznamena nic, to je pro ně cár papíru, to je potom úplně zbytečná práce v takové rodině.

9. Popište, prosím, skladbu multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracujete.

Většinou konzultujeme s paní vedoucí a v rámci oddělení se radíme všichni pracovníci navzájem. Míváme setkávání multidisciplinárního týmu, které bývá 2 krát ročně, tam se řeší

různé záležitosti, když má někdo problém s nějakou rodinu. Je tam plno odborníků – psychologové, psycholožky, pracovníci TAS, pracovníci z dětských domovů, takže není problém tam anonymně popsat kazuistiku a říct si, co by se mělo dělat atd. Ale jinak v rámci oddělení se radíme navzájem. Nikdo si to asi netroufne, že by ve věci, kdy si třeba není úplně jistý, rozhodl sám za sebe. Vždycky je tam to poradenství ze strany vedení.

10. Jak byste ohodnotil tuto skladbu, popřípadě co byste na ní změnil?

Ta setkání by mohla být klidně četnější a mohlo by to být možná i v rámci oddělení. Ale něco podobného tu máme třeba i v podobě supervizí. V rámci supervizí máme ještě individuální sezení se supervizorem a s tím taky tu rodinu můžeme probrat. Takže něco podobného tu taky funguje.

11. Jaký máte názor na službu sanace rodiny (terénní asistenční službu)?

Tato služba je určitě potřebná. My nemůžeme zastávat tuto pomáhající funkci, není na to absolutně čas, takže je určitě potřeba, aby tady něco takového bylo a já bych jen uvítal, kdyby těchto organizací bylo víc.

12. Jaký máte názor na formu či podobu terénní asistenční služby?

Dle mého názoru je podoba TAS nyní v pořádku, samozřejmě se to liší místem působení služby, někde mají problém s malým počtem pracovníků. V současné době mi u TAS chybí pouze to, že nemají ve svých činnostech zařazeno doučování a vzdělávání dětí, které je mnohokrát v rodině potřeba. Možná se to také ale liší místem, někde na vzdělávání projekt mají, jinde zase ne...

13. Jaký má podle Vás význam biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?

Podle mě je pro každé dítě nejdůležitější to, že má svoji rodinu, pocit bezpečí, o koho se opřít. Když se pak rodina není schopná o dítě postarat, tak se situace může řešit pěstounskou péčí, třeba na přechodnou dobu. I v pěstounských péčích to funguje na hodně dobré úrovni, ale určitě nejdůležitější je primární rodina, ze které člověk pochází.

14. Jaké jsou nejčastější důvody neúspěšné sanace rodiny?

Může se stát, že se rodiče s pracovníci neshodnou na nějakých názorech, anebo že si „nesednou“ s tou pracovníci. Častým důvodem také bývá to, že rodiče už dál nechtějí spolupracovat s těmito organizacemi. Buď tu spolupráci nepotřebují, nebo nechtějí plnit dané

kroky, které ta příslušná pracovnice nastaví. Pak nezbyvá, než smlouvu ukončit, a pracovníci TAS už v té rodině nadále nefigurují.

15. Má podle Vás smysl podporovat návrat dítěte do původní biologické rodiny, z níž bylo odebráno? V jakých případech má podle Vás smysl?

Určitě má smysl podporovat návrat dítěte do původní rodiny, ze které bylo odebráno. My samozřejmě i podle zákona musíme mít v zájmu to, aby se dítě navrátilo do své původní rodiny, pokud je to možné. Individuální plán musí být nastaven tak, že i když je dítě na přechodnou dobu v pěstounské péči, kroky daného plánu musí být takové, aby se dítě do biologické rodiny navrátilo. Myslím si, že smysl to má vždy, když rodiče chtějí a jsou motivováni. Pokud máme rodinu, ve které je výskyt drog nebo alkoholu a rodiče to odmítají řešit, pak to smysl nemá, ale pokud se s tímto problémem snaží něco udělat, tak to má v každém případě význam. Je to dobré i pro samotné rodiče, aby to dítě měli doma.

16. V kolika procentech podle Vás sanace rodiny není reálným řešením nastalé situace?

To nemůžu takhle „od pasu“ říct. Nedokážu na tuto otázku odpovědět.

17. Myslíte si, že podpora rodiny je vždy prospěšná? Přibližte případy, kdy podle Vás je a kdy není prospěšná.

Já si říkám, že my i s kolegyní se tady v těchto věcech hodně „nimráme“ a že bychom měli nechat i ty rodiny se s hodně věcmi vypořádat samotné. Zacházíme do úplných detailů, ale myslím, že s mnohými věcmi by se rodina měla poprat v rámci svého soužití sama. My opravdu nastavujeme kroky úplně dopodrobna, až si myslím, že je to kolikrát špatně.

Občas jim pomáháme tak moc, až jim vlastně ubližujeme. Oni tu svoji samostatnost pak lehce přehazují na nás a hlavně na neziskové organizace. Já už se tedy snažím těmito situacím vyvarovat, ale někteří klienti se nechtějí snažit, protože ví, že to za ně někdo udělá. Kolikrát by se ty rodiny měly v určitých věcech, samozřejmě ne ve všech, lidově řečeno „vymáchat“, aby si to uvědomily a neřekly si: „Však ona to za nás paní z terénní asistenční služby udělá, já to dělat prostě nebudu“. Někteří klienti to dokážou sami, ale jednoduše nechtějí, protože ví, že to za ně někdo udělá.

Příloha č. 3

3. Rozhovor s paní M., Sociální pracovnící OSPOD

1. Popište, prosím, pozici, kterou zastáváte a popište náplň Vaší práce.

Jsem na pozici sociálního pracovníka a mojí náplní práce je zastupování nezletilých dětí u jednání, kde vystupují rodiče a jsou proti sobě – tzn. úpravy výchovy a výživy před a po rozvodu nebo i v případech, kdy nejsou rodiče svoji. Vykonáváme funkci opatrovníka a zajišťujeme, aby byl chráněn zájem dítěte. A dále kontrolujeme řádnou péči rodičů, takže pokud nějaké problémy v rodině jsou, tak vstupujeme do rodiny, pracujeme a motivujeme rodiče, aby se jejich péče zlepšila. Pokud na to nemají kapacitně, tak nabízíme možnosti řešení a spolupráce s dalšími organizacemi, které by jim v této oblasti pomohly. Reagujeme na veškerá oznámení, kde se vyzdvihuje, že péče rodičů, jak o zdraví, o přípravu do školy, tak i o základní potřeby dětí, je špatná, a vstupujeme do rodin. Hájíme zájem a blaho dítěte, takže jakákoliv informace, která směřuje proti tomuto, se musí prošetřit, ověřit a snažit se nějak vyřešit, aby se to zlepšilo na nějakou snesitelnou úroveň.

2. Jak dlouho pracujete na této pozici jako zaměstnanec OSPOD Vsetín?

Minulý rok to bylo 20 let, co pracuji jako sociální pracovník, ale na pozici pracovníka OSPOD jsem od roku 2008. Mám plných 7 let praxe na této pozici.

3. Jak často se setkáváte se sanací rodiny jako formou terénní služby?

Setkáváme se s ní často, protože toho využíváme. Holky z TAS nám moc pomáhají, protože je nasazujeme do problematických rodin a pomáhají rodičům se všemi problémy – s vyřízením dávek, nalezením vhodných podnájmů,... Hodně nám s tímto pomáhají, dělají opravdu sociální práci, protože my někdy nemáme čas, abychom takto intenzivně do rodiny jezdili a řešili s nimi úplně dopodrobna, co potřebují vyřešit. U problematických rodin jim to – nechci říct – nařizujeme, ale je to podmínkou toho, aby si plnili rodičovskou odpovědnost. Když to nezvládají, tak se nastaví spolupráce s TAS, která jim pomůže ve věcech, které oni nedokážou sami vyřešit. Je to sice na dobrovolnosti, ale některým lidem musíme říct, že je nutné, aby spolupracovali s TAS, a že musí, aby se situace pohnula k lepšímu a nešlo to špatným směrem. Samozřejmě ale pod pohrůžkou sankcí, že pokud nebudou spolupracovat a nebudou se snažit situaci řešit, tak je OSPOD po opakovaných nezdarech upozorní, že to může dojít tak daleko, že OSPOD může podat soudu návrh na výchovná opatření.

4. Jak byste ohodnotila spolupráci s neziskovými organizacemi v rámci sanace rodiny?

Já to považuji za dobrou spolupráci, opravdu vynikající spolupráci. Já jsem opravdu ráda za tuto službu, protože nám hodně pomáhá.

5. Kolik rodin je v současnosti zařazeno do programu sanace rodiny ve Vašem obvodu?

Oni nám docházejí do více rodin, momentálně přesně nevím. Přibližně je to 10 rodin, o kterých vím. Úplně přesně to teď ale nedokážu říct.

6. Jaká je role orgánu sociálně-právní ochrany dětí při zařazování rodin do programu?

Když zjistíme, že rodič není schopný něco řešit, tak mu tuto službu u těch lehčích případů nabídneme, vysvětlíme, jaké výhody ze spolupráce s TAS bude mít. Hodně lidí na toto slyší a o tuto službu požádá, takže pak není nutná další pomoc a intervence z naší strany – a právě o to jde. Nebo v jiných případech se tato služba nařídí. Kontaktuje se pracovník TAS, potom se do té rodiny jede a řekneme jim, co se bude dít, pokud nebudou spolupracovat s TAS.

7. Je sanace rodiny zaměřena pouze na biologické rodiče nebo i na rozšířenou rodinu?

Já si myslím, že kolegyně z TAS podají informace i širší rodině, která žije se spolupracující rodinou v jedné domácnosti, pokud se jich na něco zeptají. Kolegyně jsou moc šikovné. Služba jako taková je zaměřena přímo na rodiny s dětmi, ale myslím si, že se v těch rodinách navážou takové vztahy, že ony s nimi proberou všechno. Není to ale samozřejmě v každé rodině, ani u každé pracovnice. Záleží na tom, jaké vztahy rodiny naváží s konkrétními pracovníky a u některých to funguje i tak, že pomůžou i v jiných věcech.

8. Co je podle Vás největším problémem při práci s ohroženými rodinami současnosti?

Já jako největší problém vidím rodiče, kteří nechtějí spolupracovat nebo si vůbec neuvědomují, že jejich děti jsou ohrožené, nechť něco změnit ze strany rodičů. A potom musí přijít na řadu ta tvrdší opatření. Samozřejmě, že někdo do toho nerad vstupuje, ale pokud musí být vyřešen zájem dítěte, tak se do toho musí vstoupit. Vždycky chceme situaci napřed řešit „po dobrém“, ale pokud vidíme, že se rodič „nechytá“, nechce a „mele si pořád tu svoji“, tak se do toho jde. Toto je pro mě ten největší problém.

9. Popište, prosím, skladbu multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracujete.

Jsou to školy, psycholog, probační a mediační služba, dětský lékař, TAS,... My svoláváme „případovky“ podle situace a ti odborníci, kteří o případu ví, potom při řešení přijdou. Nemusí to být vždy plná skladba odborníků, které máme k dispozici a se kterými pracujeme, ale vždycky jsou to odborníci konkrétně k danému případu.

10. Jak byste ohodnotila tuto skladbu, popřípadě co byste na ní změnil?

Já si myslím, že na skladbě bych neměnila nic. Jsem spokojená s tím, jak to je.

11. Jaký máte názor na službu sanace rodiny (terénní asistenční službu)?

Určitě je to vynikající věc. Lidem to přiblíží, co je potřeba udělat, v čem si můžou zlepšit svoji situaci. My na to, abychom se těm lidem takhle intenzivně věnovali, nemáme kapacity, takže je to opravdu velká pomoc rodinám, i nám. Jsem za to ráda.

12. Jaký máte názor na formu či podobu terénní asistenční služby?

Kolegyně TAS dělají svou práci dobře. Je to o dobrovolnosti – musíme nejprve člověka přesvědčit, aby do toho šel, nebo v některých vážnějších případech to nařídíme. Ale kolegyně jako takto hodnotím dobře.

Myslím si, že forma je nastavená optimálně, ale říkám – každý člověk i každá pracovnice má své meze, každý to má individuálně nastavené, ale ten základ, který holky dělají, dělají dobře. Každý je nastavený jinak, některé pracovnice dělají i nad rámec, ale já bych to neměnila, nechala bych to tak, jak to je.

13. Jaký má podle Vás význam biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?

Biologická rodina je vždycky důležitá, ale pokud vůbec nefunguje a pokud se v té rodině pracuje na změně a nejde to, bohužel by se dítě v takové rodině v žádném případě nemělo nechávat, když by to mělo mít nějaké negativní vlivy na jeho vývoj. Je to špatné a k takovým opatřením se přistupuje až v krajních situacích, ale aby to dítě mělo být zničeno svojí biologickou rodinou, když by mohlo být někde, kde by se zdárně vyvíjelo, tak proč...? Když si ta rodina neváží dítěte, které má a které je zdravé, šikovné, a aby to dítě trpělo kvůli tomu, že jsou takoví, jací jsou, tak proč...?

14. Jaké jsou nejčastější důvody neúspěšné sanace rodiny?

Vždycky to je více méně o tom klientovi. Kolegyně z TAS jsou vyškolené, vzdělané, proškolené najít si nějakou tu cestu k člověku, takže si myslím, že je to o tom druhém

člověku. A hlavně je to o dobrovolnosti, kolegyně z TAS na klienty ani nemůžou nějak tlačit, tlačíme my. V některých případech se může změnit sociální pracovník. Pokud to s nějakým pracovníkem nefunguje, může to fungovat s jiným. I takové situace se stávají...

15. Má podle Vás smysl podporovat návrat dítěte do původní biologické rodiny, z níž bylo odebráno? V jakých případech má podle Vás smysl?

Vždycky podporujeme, aby se dítě vrátilo do své biologické rodiny, ale jak už jsem říkala, v některých případech to prostě nejde. Pak samozřejmě následuje pěstounská rodina. Pokud v blízké rodině někdo funguje, tak by dítě bylo přemístěno k těmto příbuzným nebo i známým, kteří v rodině třeba pomáhali. A pokud tam není nikdo takový, tak určitě nebude další volbou ústav, ale pěstouni. Naší prioritou je, aby se dítě vrátilo do biologické rodiny, pokud jde sanovat rodinu. Ale pokud to nejde, tak volíme příbuzenskou pěstounskou péči, a pokud ani to ne, tak potom teprve ústav. A samozřejmě někteří větší odrostlí uličníci musí přejít přes diagnostický ústav, aby bylo co s nimi, protože většinou tyto odrostené děti, se kterými jsou problémy, rodiny ani nechtějí. Zájem je většinou o menší děti, i ze strany pěstounů.

16. V kolika procentech podle Vás sanace rodiny není reálným řešením nastalé situace?

Je pravda, že někdy se nepodaří navázat spolupráci, někdy rodiče začnou raději „makat“ sami, než aby si do rodiny pouštěli někoho dalšího. Ale že bych si někdy řekla, že v nějaké konkrétní rodině to nemá smysl, tak to tedy ne. Smysl to má vždycky.

Po vstupu TAS do rodiny bych řekla, že poměr úspěšnost:neúspěšnost sanace je 90:10. Když TAS do rodiny vstoupí, tak je to ve většině případů cesta k lepšímu.

17. Myslíte si, že podpora rodiny je vždy prospěšná? Přibližte případy, kdy podle Vás je a kdy není prospěšná.

Určitě je prospěšná z toho důvodu, aby se člověk nastartoval k tomu, co má udělat a kde si má pomoci, ale určitě ne do té míry, že za ně budou pracovnice TAS všechno dělat a „skákat kolem nich“ a ti rodiče budou říkat: „Však přijde TAska, ta to za mě vyřeší.“ Ono to svádí k tomu, aby je pracovník udělal neschopnými vyřídit si svoje věci, aby to pracovníci převzali za ně úplně. I když u některých lidí to hraničí až s tímto, protože někteří jsou takoví omezení a nedokázali by si ty papíry vypsát sami. Může to velice lehce sklouznout k tomu, že jim pracovníci hodně pomáhají. Až tak, že jim vlastně ubližují.

Prospěšná je tehdy, kdy lidi neví, jak na úřadech jednat a TAS jim poskytuje podporu. Nechají je jednat, ale dotyčný člověk, který si není jistý, je má u sebe a je si pak jistější. U těchto lidí, kteří jsou takoví „vyjukaní“, to znamená opravdu moc – že je nasměrují a ještě jim poskytnou takovou podporu. Hodně lidem to pomůže.

Příloha č. 4

4. Rozhovor s paní K, Terénní sociální pracovnící Azylového domu pro matky s dětmi

1. *Popište, prosím, pozici, kterou zastáváte a popište náplň Vaší práce.*

Já v organizaci pracuji jako terénní sociální pracovník pro rodiny s dětmi. Jde o terénní sociální práci, kdy navštěvuji rodiny v jejich přirozeném prostředí. Cílová skupina je rodina s dítětem. Snažíme se té rodině nějakým způsobem pomáhat.

2. *Jak dlouho pracujete na této pozici jako zaměstnanec této neziskové organizace?*

Na této pozici pracuji 3. rokem.

3. *Jak často se setkáváte se sanací rodiny jako formou terénní služby?*

V podstatě celé ty tři roky.

4. *Jak byste hodnotil/a spolupráci s OSPOD v rámci sanace rodiny?*

Jako velice dobrou. Snažíme se maximálně si vycházet vstříc.

5. *Kolik rodin je v současnosti zařazeno do programu sanace rodiny (dále už jen program) ve Vašem obvodu?*

Já sama osobně mám 13 rodin, se kterými spolupracuji. Kolik jich je v programu sanace obecně, tak to nevím.

6. *Jaká je role Vaší organizace při zařazování rodin do programu?*

Naše organizace spolupracuje s OSPOD, se školami, aby vhodné rodiny mohly být zařazeny do programu sanace. Máme zde rodiny na doporučení OSPOD, ale také rodiny, které nejsou v evidenci OSPOD a přišly samy.

7. *Je sanace rodiny zaměřena pouze na biologické rodiče nebo i na rozšířenou rodinu?*

Sanace rodiny je určitě zaměřená na celou rodinu. Důležitá je také spolupráce i ostatních členů, nejenom rodičů. Pokud jsou v rodině i prarodiče, tak je sanace zaměřená i na ně, na sourozence... Je důležité hledat možnosti, pokud to rodiče nezvládají.

8. *Co je podle Vás největším problémem při práci s ohroženými rodinami v současnosti?*

Největším problémem je nemotivovaný a nespolupracující klient. Klient, který musí a nechce sám dobrovolně. V takových případech je spolupráce velmi obtížná.

9. *Popište, prosím, skladbu multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracujete.*

Každé dva měsíce máme supervize, přičemž supervizi vede supervizor, který je většinou psycholog. Je to sdílení zkušeností s ostatními pracovníky z naší organizace.

10. *Jak byste ohodnotila tuto skladbu, popřípadě co byste na ní změnil/a?*

Nám tento typ supervize vyhovuje, takže bych neměnila nic.

11. *Jaký máte názor na službu sanace rodiny?*

Sanace rodiny je podle mě důležitá. Sanace stát vyjde určitě mnohem levněji, než když se ty problémy vyskytnou a teprve potom se mají nějakým způsobem řešit. Myslím si, že důležité je, aby stát sázel na prevenci. A možnost tu rodinu někam posunout je právě v té sanaci rodiny, ne až ten problém vznikne. Takže sanace je určitě důležitá.

12. *Jaký máte názor na formu či podobu služby sanace rodiny?*

Terénní práce je v rodině podle mě důležitá. Nedokážu si představit, že by tady lidé docházeli ambulantně. To by asi nemělo takový dopad v té pomoci. Myslím si, že forma je nastavená určitě dobře.

13. *Jaký má podle Vás význam biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?*

Biologická rodina je nezastupitelná, ale na druhou stranu ne za každou cenu. Pokud ta rodina neplní základní funkce, je dysfunkční, tak беру i tu možnost pěstounské rodiny.

14. *Kdy je podle Vás sanace úspěšná a kdy není?*

Sanace je úspěšná tehdy, kdy ten klient prostě chce, když je motivovaný, když on sám chce změnit situaci a je aktivní. A když naopak ten klient nechce, tak ta spolupráce a úspěch tam není.

15. *Jaké jsou nejčastější důvody neúspěšné sanace rodiny?*

Třeba závislosti, neaktivní, nespolupracující klient atd...

16. *Má podle Vás smysl podporovat návrat dítěte do původní biologické rodiny, z níž*

bylo odebráno? V jakých případech má podle Vás smysl?

Určitě to smysl má, pokud si rodič uvědomil, že děti nechce ztratit a chce pracovat na tom, aby ty děti získal. Například v případě závislosti, kdy si klient nepřizná závislost, ten smysl vůbec není. Závislost je mnohem větší než zájem o dítě.

17. V kolika procentech podle Vás sanace rodiny není reálným řešením nastalé situace?

Na tuto otázku nedokážu odpovědět.

18. Myslíte si, že podpora rodiny je vždy prospěšná? Přibližte případy, kdy podle Vás je a kdy není prospěšná.

Podpora je prospěšná vždy, kdy je dělaná dobře. Nemůže být prospěšná tehdy, kdy já budu klienta zastupovat a budu plnit ty jeho povinnosti za něj – tam ta podpora určitě prospěšná nebude, protože to by byla už závislost na službě a klient by nikdy nebyl schopen službu opustit. Ale vůči těm dětem je prospěšná vždycky, protože když vstoupíme do rodiny, tak už jen to, že je tam někdo, kdo o ně projeví zájem, je dobré. Protože někdy se rodiče o děti žádným způsobem nezajímají. Oni naplní ty základní potřeby, ale nic navíc, žádné hraní, volnočasové aktivity, to tam vůbec není. Takže už jen to, že člověk do té rodiny vstoupí a zajímá se, je dobré.

19. Jaké konkrétní služby nabízíte v rámci sanace rodiny?

Nabízíme základní sociální poradenství, odborné sociální poradenství, dluhové poradenství, podporu rodičovských kompetencí při výchovných problémech, při zvládání školní přípravy, doprovázení rodičů k lékaři, do školy, zprostředkování odborných poradenství, pracovně-výchovná činnost s dětmi, nabídka volnočasových aktivit pro děti atd..

20. Jaké jsou konkrétní postupy při sanaci poskytované Vaší organizací?

První jdeme do rodiny, představíme službu. Jdeme většinou s pracovníkem OSPOD, kdy tedy on uvede naši službu s tím, že my potom konkrétně představíme, jakým způsobem pracujeme, co jim můžeme nabídnout, seznámíme je se smlouvou. Do druhé schůzky si klient rozmyslí konkrétní cíle, na kterých by chtěl spolupracovat. Na druhé schůzce vytvoříme individuální plán, na kterém pracujeme. Zhruba po 6 měsících dochází k vyhodnocení individuálního plánu s tím, že buď klient splní nějaké cíle, které si stanovil a stanoví si další cíle, nebo třeba ukončíme spolupráci. Spolupráce může být ukončena jak z naší strany, tak ze strany klienta.

21. S jakými problémy se při poskytování sanace setkáváte?

Problémem je nespolupracující klient a v rámci naší organizace jsou to určitě finance. Potřebujeme finance na zajištění. Např. máme rodinu, kde je podezření na ADHD, psychiatr je ve Zlíně a maminka řekla, že na cestu nemá peníze. Chybí nám finance na zajištění takových věcí, o kterých rodina ví, že je potřebuje, ale finance nemá, a my bychom jim to třeba mohly nějakým způsobem zajistit, ale nemáme finance ani v naší organizaci. A dalším problémem je mobilita – máme hodně rodin i z okolních vesnic, což s sebou nese dojíždění.

22. Jakou cestou se k Vám ohrožené rodiny dostávají?

Ohrožené rodiny se k nám z větší části dostávají na doporučení OSPOD, z menší části na doporučení rodiny, ve které už pracujeme.

Příloha č. 5

5. Rozhovor s paní J., Terénní sociální pracovníci a vedoucí pracovníci Azylového domu pro matky s dětmi

1. *Popište, prosím, pozici, kterou zastáváte a popište náplň Vaší práce.*

Já pracuji na pozici terénní sociální pracovníce u terénní asistenční služby, v současné době i jako vedoucí pracovníce. Náplní mojí práce je práce s rodinami, kterým hrozí sociální vyloučení, a doprovázím tyto rodiny při řešení jejich každodenních životních problémů, poskytuji jim podporu a pomoc při řešení problémů, ať už se jedná o finance, zaměstnání nebo i výchovné problémy.

2. *Jak dlouho pracujete na této pozici jako zaměstnanec této neziskové organizace?*

Na této pozici pracuji 3. rokem.

3. *Jak často se setkáváte se sanací rodiny jako formou terénní služby?*

Vzhledem k tomu, že jsme zprostředkovatelem této služby, tak v podstatě pořád.

4. *Jak byste hodnotil/a spolupráci s OSPOD v rámci sanace rodiny?*

Spolupráci s OSPOD hodnotím jako dobrou, pracovníce OSPOD dokážou vytipovat rodinu, která je právě vhodná pro poskytování naší služby, která se pro to hodí a která právě má zájem o to situaci zlepšit nebo vidí možnosti zlepšení. Vidí naději, že by se situace za naší pomoci a podpory mohla situace v rodině zlepšit.

5. *Kolik rodin je v současnosti zařazeno do programu sanace rodiny (dále už jen program) ve Vašem obvodu?*

Já v současné době spolupracuji s 11 rodinami a od začátku roku 2013 to je už 80 rodin, které jsme podpořili.

6. *Jaká je role Vaší organizace při zařazování rodin do programu?*

Většinou rodiny jsou doporučovány OSPOD, ale v současné době se naše organizace snaží o mediální zviditelnění, aby se mohly hlásit i rodiny, které nejsou v evidenci OSPOD. Aby ten zásah do rodiny byl včasný, aby se o nás dozvěděly i rodiny, u kterých nejsou problémy až takového rázu. Ještě je důležité, aby ta rodina spadala do cílové skupiny, tzn. pokud je to rodina, kde je v péči alespoň jedno dítě do 18 let, tak ji přijmeme a zařadíme si ji

do programu. Rodinu odmítneme, pokud se nejedná o cílovou skupinu a můžeme odmítnout i z kapacitních důvodů.

7. *Je sanace rodiny zaměřena pouze na biologické rodiče nebo i na rozšířenou rodinu?*

Sanace rodiny je určitě zaměřena na celou rodinu, na rozšířenou rodinu.

8. *Co je podle Vás největším problémem při práci s ohroženými rodinami v současnosti?*

Největším problémem, je klient, který nechce, není motivovaný. A možná problémem při práci s rodinami je i nedostatek financí, naše mobilita, nedostatek možností.

9. *Popište, prosím, skladbu multidisciplinárního týmu, se kterým spolupracujete.*

Jednou za 2 měsíce se účastním supervize s kolegyněmi z dalších pracovišť. Supervizi vede supervizor, většinou řešíme případy, takže se jedná o případovou supervizi.

10. *Jak byste ohodnotila tuto skladbu, popřípadě co byste na ní změnil/a?*

Já bych neměnila nic, mně to takto vyhovuje.

11. *Jaký máte názor na službu sanace rodiny?*

Sanace rodiny je z mého pohledu důležitá. Rodina kromě toho, že utváří člověka, je také – možná, že už je to otřepaná fráze – základ státu. A vracíme se k tomu, že problémy se mají řešit nejdříve v té rodině, má si nejdřív pomoci ta rodina. A potom, když už nejde o prevenci, tak nastupují složky státu. Myslím, že sanace rodiny a hlavně ten včasný zásah a prevence jsou důležité. Sanace rodiny má v tomhle ohledu velké možnosti.

12. *Jaký máte názor na formu či podobu služby sanace rodiny?*

Práce v přirozeném prostředí rodiny je určitě dobrá věc, určitě bych to neměnila.

13. *Jaký má podle Vás význam biologická rodina pro zdravý vývoj dítěte?*

Význam biologické rodiny je nezastupitelný, ale ne za každou cenu. Pokud funguje, tak je nezastupitelný.

14. *Kdy je podle Vás sanace úspěšná a kdy není?*

Klient musí mít snahu svou situaci zlepšit sám. Od toho jsme tam pak my, abychom ho v této snaze podporovali. Není úspěšná většinou tehdy, kdy ten klient není motivovaný situaci zlepšit, není aktivní, nebo když jsou tam závislosti.

15. Jaké jsou nejčastější důvody neúspěšné sanace rodiny?

Klient, který nespolupracuje nebo dlouhodobé problémy. Když přijdeme do rodiny, kde už dlouhodobě probíhá nějaký problém, tak za měsíc nebo dva tu situaci nezměníme. A klienti jsou často ve fázi, kdy už ani sami nechtějí a jsou demotivováni.

16. Má podle Vás smysl podporovat návrat dítěte do původní biologické rodiny, z níž bylo odebráno? V jakých případech má podle Vás smysl?

Má to smysl v těch případech, kdy je rodič schopen plnit si svou rodičovskou odpovědnost, svoje povinnosti. Např. když je dítě odebráno z důvodu ztráty bydlení a když rodič má snahu si najít bydlení, najde si práci a je pak schopen se o dítě postarat, tak to má samozřejmě smysl. Ale v případech třeba těch závislostí, kdy si rodič problém nepřiznal a o dítě ani neprojevuje zájem, tak to teda určitě nemá smysl vracet dítě do rodiny za každou cenu.

17. V kolika procentech podle Vás sanace rodiny není reálným řešením nastalé situace?

Podle mě na tuhle otázku nelze odpovědět, tohle nelze procentuálně vyčíslit. Ale během dvou let jsme úspěšně provedli sanaci asi u 30%.

18. Myslíte si, že podpora rodiny je vždy prospěšná? Přibližte případy, kdy podle Vás je a kdy není prospěšná.

Pokud je tam opravdovost ze strany toho terénního sociálního pracovníka, opravdovost v jeho práci, empatie, tak já si myslím, že podpora je vždycky prospěšná. Když je podpora udělaná dobře ze strany toho sociálního pracovníka, tak je prospěšná. A není prospěšná, když se jedná o takovou formu podporu, kdy se pracovník snaží zastoupit toho rodiče a plní jeho povinnosti za něj. Pokud je ta podpora udělaná dobře ze strany pracovníka, tak je vždycky prospěšná. Ať už úplně malinkým kouskem, stačí, když pracovník rodiče pochopí.

19. Jaké konkrétní služby nabízíte v rámci sanace rodiny?

Nabízíme veškeré druhy sociálního poradenství, doprovázení rodičů, předškolní vzdělávání, řešíme bydlení, dávky, doprovázení k potenciálním zaměstnavatelům, pronajímatelů bytů, terapeutickou činnost, zprostředkujeme kontakty na jiné služby apod.

20. Jaké jsou konkrétní postupy při sanaci poskytované Vaší organizací?

U nás jde hlavně o individuální plánování, které je důležité. Hlavní je stanovit si cíle, které musí být konkrétní, splnitelné, reálné. Poté si jednotlivé cíle rozkouskujeme na dílčí kroky, aby to bylo pro klienta srozumitelné – takže najít si zaměstnání znamená sledovat inzerci, návštěvy potenciálních zaměstnavatelů, sepsat si životopis. Individuální plánování je důležité hlavně na začátku spolupráce. Pracujeme s klientem na základě smlouvy o poskytování služby.

21. S jakými problémy se při poskytování sanace setkáváte?

Potřebujeme finance na zabezpečení základních věcí, toho se nám nedostává. Velkým problémem je mobilita. Nemáme k dispozici auto a naše místo působení je opravdu rozsáhlé a dojíždět do vzdálenějších obcí je opravdu náročnější, jsme nuceni hodně dojíždět dojíždění.

22. Jakou cestou se k Vám ohrožené rodiny dostávají?

Máme rodiny, které jsou v evidenci OSPOD a kterým tuto službu OSPOD doporučil. A většinou rodiny, které nejsou v evidenci OSPOD a mají nějaký problém, tak se jdou na OSPOD zeptat, protože tento úřad je pro ně známý. Nebo ještě škola nám doporučuje rodiny. Takže OSPOD, škola, a nebo doporučení od spolupracujících rodin.

Příloha č. 6

Přehled náplně práce terénního sociálního pracovníka OSPOD

Zaměstnanec je oprávněn v souvislosti s plněním úkolů podle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon):

- Podle § 10 odst. 3 zákona je zaměstnanec povinen sledovat nepříznivé vlivy působící na děti a zjišťovat příčiny jejich vzniku a činit opatření k jejich nápravě.
- Podle § 52 zákona navštěvovat dítě a rodinu, ve které žije, v obydlí a zjišťovat v místě bydliště dítěte, ve škole a ve školském zařízení, v zařízení poskytovatele zdravotních služeb, v zaměstnání nebo v jiném prostředí, kde se dítě zdržuje, jak rodič nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte o dítě pečují, v jakých sociálních podmínkách dítě žije a jaké má dítě chování. Dále je oprávněn pořizovat obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy dítěte a prostředí, v němž se zdržuje.
- Podle § 29, odst. 1 – 3 zákona sledovat dodržování práv dítěte ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v dětských domovech pro děti do 3 let věku a v obdobných ústavech (zařízeních), je povinen nejméně jednou za 3 měsíce, navštívit dítě, kterému byla nařízena ústavní výchova nebo uložena ochranná výchova, navštívit dítě uvedené v § 10a odst. 1 bezodkladně poté, kdy se o něm dozví, a dále podle potřeb dítěte. Zaměstnanec je oprávněn hovořit s dítětem bez přítomnosti dalších osob, zejména zaměstnanců ústavního zařízení, a má právo nahlížet do dokumentace, kterou ústavní zařízení o dítěti vede.
- Podle § 34 odst. 3, 4 zákona je povinen alespoň jednou za 3 měsíce navštívit dítě, které je ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody a dítě, o němž ve věznici pečuje odsouzená nebo obviněná žena. Zaměstnanec je při návštěvě ve věznici oprávněn nahlížet do dokumentace vztahující se k přípravě odsouzeného mladistvého na budoucí povolání, k dítěti, o němž ve věznici pečuje odsouzená nebo obviněná žena, a k péči této ženy o dítě.
- Podle § 42 odst. 7 zákona je-li dítě umístěno v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě rozhodnutí soudu, je zaměstnanec povinen navštívit dítě podle potřeby, nejméně však jednou za 3 měsíce.
- Podle § 19 odst. 4 zákona sleduje vývoj dětí, které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte a vývoj dětí v předpěstounské péči. Zaměstnanci jsou přitom povinni navštěvovat rodinu, kde dítě žije, popřípadě jiné prostředí, kde se dítě zdržuje, nejméně jednou za 3 měsíce v období prvních 6 měsíců péče nahrazující péči rodičů a

předpěstounské péče, a poté v souladu se zájmy dítěte podle potřeby, nejméně však jednou za 6 měsíců, a to na základě zvláštního oprávnění vydaného obecním úřadem obce s rozšířenou působností, v němž je uvedeno jméno a příjmení zaměstnance, jeho další osobní údaje a vymezena činnost, kterou může tento zaměstnanec vykonávat.

- Podle § 42, odst. 7 zákona je-li dítě umístěno v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě rozhodnutí soudu, je zaměstnanec povinen navštívit dítě podle potřeby, nejméně však jednou za 3 měsíce.
- Podle § 33 zákona se zaměstnanec zabývá problematikou soudnictví ve věcech mládeže (z. č. 218/2003 Sb.)

Oprávnění k zastupování u soudu:

- Zaměstnanec je oprávněn k zastupování Města [REDAKCE] při jednáních u soudu a je oprávněn činit návrhy a opatření ve věcech sociálně-právní ochrany dětí.

Oprávnění požadovat údaje:

- Podle § 53, odst. 1 zákona je zaměstnanec oprávněn vyzvat státní orgány, zaměstnavatele, právnické osoby jako např. poskytovatele zdravotních služeb, školy, školská a jiná obdobná zařízení, fyzické osoby, pokud jsou poskytovateli zdravotních služeb nebo zřizovateli škol, pověřené osoby a poskytovatele sociálních služeb ke sdělení údajů potřebných pro poskytnutí sociálně-právní ochrany dětí.

Ve [REDAKCE] dne 2. 2. 2015