

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM
2018–2019**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kateřina Dlouhá

Dítě se syndromem CAN v Dětské ozdravovně

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2018–2019

BACHELOR THESIS

Kateřina Dlouhá

Child with CAN Syndrome in Children's Sanatorium

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....
Kateřina Dlouhá

Poděkování

Děkuji PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a za věcné rady a připomínky, které přispěly k vyhotovení této práce.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku syndromu CAN. Teoretická část se podrobně zaměřuje na formy syndromu CAN a pojmy s ním spojené. Je zmapována historie, formy, rizika, varovné signály, příčiny, prevence, následky a diagnostika tohoto syndromu. Poslední dvě kapitoly teoretické části se zabývají charakteristikou zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a charakteristikou dětské ozdravovny. Praktická část se zaměřuje na konkrétní případy dětí mladšího školního věku zasažených syndromem CAN, kterým je poskytnuta pomoc v Dětské ozdravovně Království v přidruženém Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Praktická část je zaměřena na šetření, které zahrnuje čtyři kazuistiky dětí mladšího školního věku. V závěru kazuistik je vypracována analýza a vyhodnocení stavu dětí během pobytu v zařízení.

Klíčová slova

Dětská ozdravovna, kazuistiky, následky, prevence, příčiny, syndrom CAN, týrání, zanedbávání, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, zneužívání.

Annotation

The bachelor thesis is focused on the issue of CAN syndrome. The theoretical part focuses in detail on the forms of CAN syndrome and its associated concepts. History, forms, risks, warning signs, causes, prevention, consequences and diagnosis of this syndrome are mapped. The last chapter of the theoretical part deals with children affected by CAN syndrome within the Children's Health Registry. The practical part focuses on specific cases of children of younger school age affected by CAN syndrome who are assisted in the Children's Health Registry of the Kingdom of the Associated Child Facilities for Immediate Assistance. The practical part is focused on the survey, which includes four case reports of children of younger school age. At the end, an analysis of all case reports and an assessment of the condition of children leaving the facility is made.

Keywords

Abuse, CAN syndrome, case reports, causes, consequences, facilities requiring immediate help, child health care, child, prevention, neglect, violation.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU CAN.....	11
1.1 Vývoj syndromu CAN.....	11
2 TÝRÁNÍ.....	13
2.1 Tělesné týrání	13
2.1.1 Rizikové faktory tělesného týrání.....	13
2.1.2 Hlavní znaky a rizikové situace tělesného týrání	14
2.2 Psychické týrání	15
2.2.1 Důsledky a projevy psychického týrání	15
3 ZNEUŽÍVÁNÍ	17
3.1 Formy sexuálního zneužívání.....	17
3.2 Příčiny a znaky sexuálního zneužívání	18
3.3 Následky sexuálního zneužívání	19
3.4 Syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání.....	20
4 ZANEDBÁVÁNÍ	22
4.1 Formy zanedbávání	22
4.2 Příčiny zanedbávání	22
4.3 Znaky zanedbávání.....	23
4.4 Následky zanedbávání.....	24
5 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN	25
5.1 Münchhauserův syndrom by proxy	25
5.2 Systémové týrání	25
5.3 Organizované zneužívání dětí	26
5.4 Obchodování s dětmi.....	26
5.5 Rituální zneužívání.....	26
5.6 Sexuální turistika.....	27
6 PREVENCE SYNDROMU CAN.....	28
6.1 Primární prevence.....	28
6.2 Sekundární prevence	28

6.3	Terciární prevence	29
6.4	Zásady prevence syndromu CAN.....	30
7	DIAGNOSTIKA	31
7.1	Léčba dětí zasažených syndromem CAN.....	32
7.2	Legislativa	33
8	CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉ OZDRAVOVNY	35
9	CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
10	METODIKA	39
10.1	Dílčí cíle	39
10.2	Výzkumné otázky.....	39
10.3	Výzkumný vzorek	40
10.4	Místo výzkumu.....	40
10.5	Metody výzkumu.....	40
10.6	Základní a výzkumný vzorek	41
11	CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉ OZDRAVOVNY KRÁLOVSTVÍ.....	42
12	CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC PŘI DĚTSKÉ OZDRAVOVNĚ KRÁLOVSTVÍ	43
13	KAZUISTIKY	45
13.1	Kazuistika č. 1	45
13.2	Kazuistika č. 2	49
13.3	Kazuistika č. 3	53
13.4	Kazuistika č. 4	57
14	SHRNUTÍ.....	61
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	67
	SEZNAM ZKRATEK	70

ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje dítěti se syndromem CAN v Dětské ozdravovně. Týrání, zneužívání a zanedbávání se na dětech nejčastěji dopouští jejich rodiče či jiní vychovatelé. Tyto děti často trpí fyzickými a psychickými komplexy, které přetrvávají až do dospělosti, i když s dětmi pracují sociální a psychologičtí pracovníci. Počet dětí trpících syndromem CAN se neustále zvyšuje. Mnohdy se setkáváme s případy, že dojde až k usmrcení dítěte. Autorka chtěla výběrem tématu poukázat na aktuálnost a problematiku daného syndromu. Téma bylo zvoleno na základě dlouholeté praxe a nabytých zkušeností autorky v daném zařízení. Každý z nás se pravděpodobně během svého života setká s dítětem, které je týrané, zneužívané nebo zanedbávané. Mnozí lidé, ale netuší jak těmto dětem pomoci. I přesto, že v České republice existuje nepřeberné množství institucí, které pomáhají dětem v trýznivých životních situacích.

Nezastupitelný význam má pro děti ohrožené syndromem CAN Dětská ozdravovna Království, která těmto dětem poskytuje okamžitou pomoc. Autorka se v bakalářské práci zaměřila na Dětskou ozdravovnu Království, jejíž součástí je Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Okamžitá pomoc je poskytnuta z hlediska psychologického, lékařského, sociálního, výchovného a vzdělávacího.

Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu, vývoj a detailnější popis forem syndromu CAN. Hlavním tématem teoretické části je týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. Dále teoretická část poukazuje na rizika, varovné známky, příčiny, prevenci, následky, diagnostiku a péči o dítě se syndromem CAN. A v neposlední řadě seznamuje čtenáře s rolí dětské ozdravovny v životě dítěte trpícího syndromem CAN.

Na teoretickou část plynule navazuje praktická část, obsahující kazuistiky dětí, se kterými autorka přichází do styku během působení v Dětské ozdravovně Království. Výzkumný vzorek budou tvořit děti mladšího školního věku. Veškeré informace budou zpracovány formou kazuistik. Závěrem výzkumu bude provedena analýza všech kazuistik, v níž bude vyhodnocen stav dětí před příchodem, během pobytu a při odchodu ze zařízení. Dále bude komplexně vyhodnoceno, zda byl pobyt pro dítě se syndromem CAN v zařízení přínosem nebo naopak.

Cílem bakalářské práce je vymezit pojem syndrom CAN a pojmy s ním spojené. Poukázat na význam Dětské ozdravovny Království se Zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc v životě dítěte, které je ohroženo syndromem CAN.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU CAN

Jedná se o syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který se v anglosaské literatuře ukrývá pod pojmem „*Child Abuse and Neglect*.“ (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 7).

Je to souhrn škodlivých symptomů v oblasti vývoje dítěte, jeho postavení ve společnosti a zejména v rodině. Z velké části je způsoben nebo působen záměrným ubližováním dítěti, kterého se nejčastěji dopouští jeho rodiče nebo další členové rodiny či jiní vychovatelé. Za nejvyhraněnější podobu je považováno usmrcení dítěte. Pokaždé však nejde pouze o jednostranný akt ze strany pachatele, ale o specifickou interakci veškerých zúčastněných osob. (Hanušová, 2006, s. 6).

1.1 Vývoj syndromu CAN

Vznik syndromu CAN souvisí s chápáním a vnímáním dětství jako určitého vývojového stádia člověka s akceptováním jeho práv a specifických potřeb. (Kraus, Hroncová a kol., 2010, s. 244). Pojem syndrom CAN prošel relativně zdlouhavým vývojem. První snahy pečovat o děti, se kterými bylo nehezky zacházeno datujeme už v 19. století. (Smutková, 2007, s. 61).

Byl dementován názor, že s dítětem se smí zacházet dle rozhodnutí rodičů, a že každý rodič své dítě miluje, kontroluje jeho výsledky a pečlivě se o něho stará. Stále více vstupuje do popředí názor, že neuspokojování jakýkoliv potřeb dítěte může vážně ohrozit a narušit jeho přirozený vývoj. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 7).

Za první dobrovolnickou organizaci na pomoc dětem můžeme označit Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, která vznikla v roce 1883 v Liverpoolu. V této době byla veškerá péče poskytována obětem fyzického násilí. Dnes představuje vzor pro další dobrovolnické organizace tohoto typu. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 8).

Ve 20. století si odborní lékaři začali všimnout nápadných pohmožděnin a zranění dětí, která byla s největší pravděpodobností způsobena záměrně. Jednalo se především o zlomeniny, různé druhy krvácení, modřiny a pohmožděnin. V roce 1962 Dr. Kempe pojmenoval a popsal příznaky tělesného týrání dětí a označil je jako syndrom bitého nebo týraného dítěte. V naší republice se v 70. letech 20. století problematikou týrání dětí zabýval prof. Dunovský (Hanušová, 2006, s. 6).

Za hlavní příčinu tělesného týrání byla označována nezvládnutá agrese rodičů vůči dítěti. K dalším možným příčinám řadíme chudobu, nedostatek vzdělání nebo nezaměstnanost. Zákonnou povinností občanů USA bylo hlásit týrání dětí. Na základě tohoto zákona došlo k širšímu vnímání násilí na dětech. To si ovšem vyžádalo širší pojetí syndromu Child Abuse neboli zneužití dítěte. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 8).

Fyzické týrání se od začátku rozlišovalo na aktivní formu. Až teprve poznání pasivního psychického a emocionálního týrání podstatně přispělo k definování druhé části syndromu Child Neglect. (Hanušová, 2006, s. 6). Po stanovení druhé části syndromu se začal používat hromadný název syndrom CAN neboli Child Abuse and Neglect. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 167). Na konci šedesátých let a začátkem sedmdesátých let zahrnul syndrom CAN sexuální zneužívání dítěte do jeho oblasti. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 9). Začalo se rozlišovat dotykové a bezdotykové sexuální zneužívání. (Smutková, 2007, s. 62).

V roce 1992 vypracovala Zdravotní komise Rady Evropy definice syndromu CAN. Tyto definice následně naše republika přijala. V České republice je uskutečnění definic trestným činem, ale bohužel ne vždy dojde k potrestání viníka. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 167). Odhaduje se, že syndromem CAN je zasaženo 1-2 % dětí. Ve skutečnosti však může být těchto dětí ještě více, protože některé případy týrání, zneužívání nebo zanedbávání dětí nejsou nikdy odhaleny. Ve většině případů jsou týrané, zneužívané nebo zanedbávané děti mladší deseti let. Některé výzkumy uvádějí, že 20% - 25% dospělých osob má sexuální zkušenost z dětství. (Vágnerová, 2008, s. 593).

2 TÝRÁNÍ

„Týrání je takový projev chování rodičů či jiných osob, které dítě tělesně či duševně poškozují a ohrožují tak i jeho další vývoj.“ (Vágnerová, 2008, s. 611). Týrání je pojem, se kterým se setkáváme již v období antiky. Tehdy dítě nemělo žádná práva. Otec směl dítě usmrtit nebo prodat do otroctví. S příchodem křesťanství se práva dětí zlepšila. Nevhodné děti již nebyly usmrcovány, ale „jen“ odkládány. Během středověku bylo s dětmi zacházeno jako s nerovnoprávními jedinci. (Vágnerová, 2008, s. 611).

2.1 Tělesné týrání

„Je definováno jako tělesné ublížení dítěti anebo nezabránění ublížení či utrpení dítěti, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo mu vědomě nebylo zabráněno.“ (Hanušová, 2006, s. 7).

Tělesné týrání bylo popsáno jako první složka syndromu CAN. (Slaný, 2008, s. 16). Tělesné týrání může mít podobu bití, přílišného tělesného trestání nebo zabraňování odpočinku či konzumace jídla. Všechny formy týrání představují pro dítě zátěžovou situaci, která může vyústit až v depresi a stres. V nejzazším případě může tělesné týrání skončit smrtí. Tělesného týrání se na dětech nejčastěji dopouští jejich rodiče nebo jiní příbuzní. Ve většině případů není dítě schopno vyhledat pomoc. Je buď příliš malé, má strach nebo se bojí dalšího tělesného ubližování. (Vágnerová, 2008, s. 611).

2.1.1 Rizikové faktory tělesného týrání

Nejčastěji se dítě stává obětí tělesného týrání v případě, kdy jeden z rodičů nezvládne své agresivní chování nebo rozčílení z předešlé situace. Dítě se tímto stává obětí jeho útočného chování. Nejčastěji k tomuto jevu dochází u rodičů, kteří jsou psychicky nevyrovnaní nebo mají depresivní poruchy. Mnohdy dítě nemá žádnou šanci se bránit. (Pöthe, 1999, s. 37). Za rizikové osoby, které se mohou dopouštět tělesného týrání považujeme příliš mladé nebo naopak staré rodiče, osoby závislé na alkoholu a návykových látkách, osoby, na kterých bylo páčáno tělesné týrání v dětství, osoby

s odlišným životním stylem, osoby frustrované, mentálně retardované a duševně nemocné. (Slaný, 2008, s. 17).

Za hlavní hledisko, ze kterého vychází tělesné týrání, považujeme tělesné trestání dětí, které velmi často plynule přejde k tělesnému týrání. Mnohé výzkumy uvádí, že tělesné násilí dosud přetrvává jako jeden z hlavních výchovných prostředků. Do skupiny tělesně týraných dětí s následným poraněním zahrnujeme děti, u kterých vzniklo poranění z důvodu bití, opáření či popálení. Druhou skupinu tvoří děti, u kterých nejsou žádné prokazatelné známky tělesného týrání. Do této skupiny patří děti, které jsou tráveny či vystavovány častým lékařským prohlídkám. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 27).

Tělesným týráním jsou nejvíce ohroženy odložené, nechtěné, nemilované či nenáviděné děti, i přesto že žijí ve své biologické rodině. Tyto děti dostávají nevhodný vzor chování, který tvoří předpoklad, že tyto děti budou v dospělosti disponovat násilnickým chováním. (Haškovcová, 2004, s. 32). Dále jsou ohroženy děti problémové, tělesně postižené, mentálně postižené, neklidné, negativistické a sociálně nepřizpůsobivé. (Slaný, 2008, s. 18).

2.1.2 Hlavní znaky a rizikové situace tělesného týrání

Mezi hlavní znaky tělesného týrání řadíme především: otřesy, pohmožděniny, poranění svalů a kostí, krvácení, popáleniny, křeče, mnohočetná zranění, modřiny, škrábance a vytrhané vlasy. Za nespecifické znaky považujeme: plačtivost, plachost, snížený zájem až nezájem o okolí, vztek, agresivní projevy chování, nepřiměřené obranné reakce, vyhýbání kontaktu s kamarády, zvýšenou úzkost, špatnou soustředěnost, bolesti hlavy, únavu, nechutenství, útoky z domova, záškoláctví či zhoršení školního prospěchu. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 175, 176). Za rizikovou situaci, kdy může dojít k tělesnému postižení považujeme např. rozvodovou situaci, stresovou situaci, zátěžovou situaci a nízkou socioekonomickou situaci rodiny. (Slaný, 2008, s. 18).

Je velmi obtížné posoudit, zda poranění dítěte vzniklo záměrně nebo nešťastnou náhodou. Bohužel se setkáváme s případy, kdy opakovaně přichází dítě k lékaři s mnohočetnými zraněními, na která lékař adekvátně nereaguje, i když by právě on mohl a měl zabránit pravidelnému tělesnému týrání dítěte. Při podezření na tělesné týrání

posuzuje jeho existenci a rozsah soudní znalec na základě lékařské zprávy a odborného posudku sociálního pracovníka. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 27).

2.2 Psychické týrání

„Psychické týrání zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování.“ (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 169). Psychické týrání má aktivní a pasivní formu. Za aktivní formy považujeme zesměšňování dítěte, nadávky, snižování jeho sebevědomí a verbální útoky. Mezi pasivní formu patří nedostatečná starost o dítě, nezáměr, nevšímavost a nedostatek lásky. Velmi často se obě formy prolínají. (Kraus, Hroncová a kol., 2010, s. 246). Předmětem psychického týrání mohou být i vysoké nároky na dítě v oblasti vzdělání. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 46). Také neustálé srovnávání dítěte s jeho úspěšným sourozencem se může též vyvinout v psychické týrání. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 169).

2.2.1 Důsledky a projevy psychického týrání

Důsledky psychického týrání záleží na délce trvání, intenzitě, na vývojovém stupni, ve kterém se dítě nachází a na osobnosti dítěte. Ze strany dítěte existují dvě reakce na psychické týrání. Buď dítě vykazuje známky agrese ke svému okolí nebo je naopak úzkostné. Tyto děti mají často nízkou sebedůvěru a sebehodnocení. Disponují špatným navazováním vztahů jak s vrstevníky, tak s dospělými. U těchto dětí pozorujeme poruchy chování a nespokojenost se sebou. (Slaný, 2008, s. 25). Dalším projevem může být záškoláctví nebo lhaní. Tyto děti také většinou vykazují symptomatické potíže spojené s bolestí hlavy, břicha nebo neopodstatněnou zvýšenou teplotou. (Hanušová, 2006, s. 13).

Týrané děti často popírají skutečnost, že jsou týrané. Dítě nekriticky miluje své rodiče a doufá, že i oni jeho budou milovat. V mnoha případech si dítě myslí, že je špatné či zlobivé, a proto mu je ubližováno. Dítě se snaží všemožně rodičům zavděčit a získat jejich pozornost. *„Dospělí, kteří byli v dětství týráni, se s větší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči.“* (Vágnerová, 2008, s. 617).

Na psychickém týrání dětí se nepodílí pouze rodiče, ale často i vrstevníci a škola. Ovšem na druhé straně se setkáváme se nejen s týranými dětmi, ale i s případy, kdy

naopak děti týrají své rodiče. K tomu nejčastěji dochází s přibývajícím věkem rodičů. Osobnost jedinců, kteří týrají psychicky, se téměř neliší od těch, kteří týrají fyzicky. Rizikové faktory, znaky a situace jsou pro obě formy týrání téměř stejné. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 47).

3 ZNEUŽÍVÁNÍ

„Je nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, aktivitě či chování, které vede především k uspokojování sexuálních potřeb zneuživatele. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, pohlavní styk nebo vykořisťování kýmkoliv komu bylo dítě svěřeno do péče.“ (Švarcová, 2009, s. 105). Sexuálního zneužívání se na dítěti nejčastěji dopouští rodič, osoba příbuzná nebo jiný vychovatel. Dítě je zákonem chráněno před všemi sexuálními aktivitami do svých patnácti let. (Švarcová, 2009, s. 105).

Počty sexuálně týraných dětí jsou mnohem vyšší, než udávají statistiky, protože na první pohled není sexuální zneužívání odhalitelné. Dítě je často zstrašováno nebo upláceno. Aktérem sexuálního zneužívání je ve většině případů osoba dítěti známá. Zpravidla bývá sexuální zneužívání opakované. (Vágnerová, 2008, s. 620). Zneuživateli bývají sexuální devianti, jedinci s návykovou závislostí a osoby sexuálně hyperaktivní. (Slaný, 2008, s. 28). Nejčastěji jsou sexuálně zneužívané dívky svými otci, otčímí, dědečky nebo strýci. (Vaničková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 34). Není však výjimkou, kdy jsou zneužíváni chlapci svými matkami, sestrami nebo tetami. (Haškovcová, 2004, s. 35).

3.1 Formy sexuálního zneužívání

Rozlišujeme bezdotykové a dotykové sexuální zneužívání. Do bezdotykového sexuálního zneužívání řadíme rozhovor se sexuálním kontextem, obscénní telefonáty, voyerismus, exhibicionismus a sexuální aktivity, při kterých nedochází ke kontaktu např. masturbace před dítětem, obnažování se před dítětem, nucení dítěte ke sledování soulože a sledování nahého dítěte za účelem vlastního uspokojení. Dotykové sexuální zneužívání obsahuje veškeré aktivity, při kterých dochází k tělesnému kontaktu mezi zneuživatelem a zneužívaným. K těmto aktivitám řadíme líbání a osahávání dítěte na intimních místech, incest, znásilnění, anální sex, genitální sex a orální sex. (Vaničková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 34).

Exhibicionismus je tedy bezkontaktní forma sexuálního zneužívání, při které se nejčastěji dospělá osoba odhalí před dítětem a vyžaduje, aby se na něho dívalo. Zpravidla

jde o muže. Pohled dítěte na jeho genitálie ho uspokojuje. Voyerismus je podoba sexuálního zneužívání, kdy dospělý jedinec získává uspokojení při pohledu na svlékající se dítě. Velmi často ho pozoruje při koupání, masturbaci nebo pohlavním styku s jinou osobou. Harassmet je jednou ze specifických forem sexuálního zneužívání, kdy jedinec zneklidňuje dítě tisknutím k sobě nebo saháním na hýždě. Obtěžování je forma, při které je dítě dospělou osobou osaháváno nebo líbáno na genitáliích. Tento jev je často doprovázen vulgárními slovními spojeními. Sexuální útok je kontaktní forma sexuálního zneužívání, kdy dospělý vniká do genitálií dítěte prostřednictvím předmětů, jazyka nebo prstů. Nutí dítě k masturbaci penisu dospělé osoby. Z násilného označujeme jako násilné vniknutí do vagíny dítěte, úst nebo konečníku penisem zneuživatel. Incest řadíme ke kontaktnímu sexuálnímu zneužívání mezi dvěma příbuznými či blízkými jedinci, jako je rodič a dítě, dítě a jiný příbuzný (otčím, strýc, děda, teta) nebo dva sourozenci. Není ani výjimkou, že útok sexuálního devianta vede až ke smrti dítěte. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 52, 53).

Za specifickou formu sexuálního zneužívání považujeme komerční sexuální zneužívání, které má podobu dětské pornografie a dětské prostituce. (Švarcová, 2009, s. 105). Objektem dětské pornografie a prostituce se stávají zpravidla děti ze sociálně znevýhodněných rodin za účelem zlepšení ekonomického postavení rodiny. Počet dětí podílejících se na dětské pornografii a prostituci stále roste. (Hanušová, 2006, s. 14). Dětskou prostituci chápeme jako využívání dětí k sexuálním aktivitám za finanční odměnu. Dívky starší čtrnácti let se častokrát dobrovolně stávají prostitutkami s vidinou velkého výdělku peněz. (Vaníčková, 2007, s. 26). Dětská pornografie využívá dítě k předstírané nebo opravdové sexuální aktivitě. Dětská pornografie je spojována s nejvážnějšími formami sexuálního zneužívání mezi, které patří masochismus, sadismus nebo sexuálně motivovaná vražda. Vzrostl počet dětí mladších patnácti let, které jsou nedobrovolně využívány pro pornografii. (Dunovský, Mitlöchner, Hejč, Hanušová-Tlačilová, 2005, s. 137).

3.2 Příčiny a znaky sexuálního zneužívání

Příčiny sexuálního zneužívání jsou velmi různorodé. Důvodem může být dlouhodobá sexuální abstinence, nespokojenost v partnerském sexuálním životě,

neschopnost navázat partnerský vztah, sexuální úchytky, sexuální deviace nebo psychické onemocnění. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 55). Často jsou zneužívané děti mentálně či tělesně postižené, děti z dysfunkčních či afunkčních rodin, děti sexuálně uvolněných rodičů, děti vyzývavé a předčasně vyspělé, koketní, nechtěné, problémové, zanedbávané a psychicky deprimované. V ohrožení jsou i děti, jejichž matka je dlouhou dobu mimo domov nebo děti svěřené do péče cizí osoby. (Slaný, 2008, s. 28).

Dalším důvodem sexuálního zneužívání může být nízké socioekonomické postavení rodiny či základní nebo žádné vzdělání. Na druhé straně se setkáváme i se zneužívanými dětmi z nadstandardně situovaných rodin. Zneužívané jsou děti, u kterých rodiče nevědí, jak tráví svůj volný čas. Rizikovou situací je také příchod nového partnera matky do rodiny. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 55).

Varovné známky sexuálního zneužívání můžeme rozčlenit na základě věku. Mezi varovné známky do pěti let řadíme napodobování sexuálních aktivit ve hře, pohmoždění pohlavních orgánů, kresbu se sexuální tematikou, pohlavní onemocnění, strach z určitých osob, noční děsy, strach z koupání či přebalování, psychosomatické obtíže a nepřátelské projevy chování. U dětí do 12 let jsou varovnými znaky útěky z domova, sebevražedné pokusy, masturbační aktivity, záškoláctví, časté umýváním genitálií, přemíra dárků nevysvětlitelného původu, noční můry, mentální anorexie či anální inkontinence. U dětí do 16. let se setkáváme s těhotenstvím, prostitucí, sebepoškozováním, pohlavními nemocemi, depresemi, delikvencí nebo užíváním návykových látek. (Pöthe, 1999, s. 65, 66).

3.3 Následky sexuálního zneužívání

Sexuální zneužívání způsobuje sociální, tělesnou a duševní zátěž. Důsledky jsou fatálnější, pokud se jedná o dítě mladší devíti let a tělesné zneužívání je páčáno opakovaně a dlouhodobě. Sexuálně zneužívané děti mají pocity viny, studu a ponížení. Trpí depresemi a pocity beznaděje. Ztrácejí důvěru k členům rodiny a pocit bezpečí. Mají pocity méněcennosti a nevěří si. Zaznamenáváme změny v chování dítěte, kdy dochází k izolaci a pasivitě. U starších dětí se setkáváme s poruchami chování, zhoršením prospěchu ve škole a záškoláctvím. Pro mladší děti jsou typické somatické potíže jako je

zvracení, bolet hlavy a břicha, přejídání se nebo naopak odmítání jídla. Dítě získává nesprávný postoj k sexualitě. Dochází k potlačení jeho sexuality a ke vzniku sexuální fobie, která později způsobuje problémy v partnerském životě. Zvyšuje se riziko vzniku problémů v rodičovských rolích, kdy i oni budou své děti sexuálně zneužívat. (Vágnerová, 2008, s. 623–627).

3.4 Syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání

Odborníky z různých oborů vědních disciplín zajímalo, jak bude společnost reagovat na skutečnost, že dítě v jejích okolí je sexuálně zneužíváno. Pokládali si otázku, zda lidé budou dítěti věřit a zda se mu budou snažit pomoci. V případě, že dospělá osoba dítěti uvěřila a vyhledala pro něho odbornou pomoc, dítě později uvedlo, že není a nikdy nebylo sexuálně zneužíváno. V roce 1983 označil tento jev C. R. Summit jako syndrom přizpůsobení sexuálnímu zneužívání. S tímto syndromem se setkáváme pod zkratkou CSA. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 50). I přesto, že je sexuální zneužívání odkryto, tím dítěti nesnáze neustanou. Dítě může být psychicky deprimované z vyšetřování, může mít strach z rozpadu rodiny a odezvy společnosti. Pokud dítěti nikdo nevěří a sexuální zneužívání není odhaleno, tak dítěti nezbývá mu nic jiného než přijmout krutou realitu a přizpůsobit se jí. Rozlišujeme čtyři fáze procesu tohoto syndromu. (Vágnerová, 2008, s. 627).

První fází je fáze utajování. Dítě je ze situace překvapeno a mnohdy ji nechápe. Osoba, která zneužívá, nutí dítě ke lhaní, snaží se ho uplácet dárky nebo mu vyhrožuje. Dítě se cítí provinile a bojí se mluvit o svých hrůzných zážitcích. Cítí potřebu se někomu svěřit, ale na druhou stranu má obavy, co se stane, když své tajemství prozradí. Často se dítě více bojí ztráty rodiny než sexuálního zneužívání. (Vágnerová, 2008, s. 627, 628).

Druhá fáze je fáze přizpůsobení. Sexuální zneužívání je opakovaným problémem. Dítě viní samo sebe a snaží se být hodné ve snaze získat zpátky pozornost a lásku rodičů. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 51). Dítě dělá všechno, co se od něho požaduje. (Vágnerová, 2008, s. 628). Chování takto zneužívaných dětí se v budoucnosti promítne do přístupu k jejich potomkům. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 51).

Třetí fáze je fáze opožděného odhalení a odvolání výpovědi. Dítě sexuálním zneužíváním strádá, ale odvahu se svěřit najde až po delší době. To však může vzbudit obvinění ze lži a nedůvěru, protože dítě nemá žádné pádné důkazy. Dospělý vypadá důvěryhodněji. I přesto, že mu rodič ubližuje, je na něm dítě závislé. Dítě je vystaveno velké zátěži, kterou zpravidla neunes. Pod vlivem strachu a hrozby své obvinění odvolá. Tyto děti jsou i velice nedůvěřivé k odborníkům, kteří by jim mohli pomoci, protože mají strach z toho, co by s nimi dělali nebo jim dělali. (Vágnerová, 2008, s. 628).

4 ZANEDBÁVÁNÍ

„Zanedbávání je takový nedostatek péče, který zapříčiňuje vážnou újmu na vývoji dítěte, a to v oblasti tělesné i duševní.“ (Fischer, 2006, s. 85). Kromě tělesného a duševního zanedbávání rozlišujeme ještě výchovné a vzdělávací zanedbávání. Zanedbávání můžeme dále chápat jako pasivní přístup rodiče k dítěti. (Kraus, Hroncová a kol., 2010, s. 247). V dnešní společnosti zanedbávaných dětí spíše přibývá. S tímto jevem se nesetkáváme pouze v disfunkčních rodinách, ale i v rodinách úplných a ekonomicky dobře situovaných. (Vaničková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 36). Zanedbávání může v krajním případě zapříčinit i smrt dítěte. (Smutková, 2007, s. 63).

4.1 Formy zanedbávání

Tělesné zanedbávání chápeme jako neuspokojování základních tělesných potřeb dítěte. Dítěti není poskytnuto dostatečné množství potravin a pití. Dítě nemá přiměřené oblečení k danému ročnímu období. Žije v nevyhovujícím přístřeší z hlediska hygienického. U dítěte je zanedbána lékařská péče a dítě není dostatečně chráněno před nepříznivými vlivy společnosti. (Švarcová, 2009, s. 106).

Citové zanedbávání chápeme jako nedostatečné uspokojování citových potřeb dítěte. Dítěti není dopřávána dostatečná náklonost a láska ze strany rodičů. Dítě má pocit, že nikoho nemá a nikam nepatří. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 168).

Zanedbání výchovy a vzdělání zabraňuje dítěti dosáhnout potřebného vzdělání a rozvinutí jeho potenciálu. Dítě má ve škole velké množství nevysvětlitelných a neomluvených hodin. Dítě je nepřiměřeně zaměstnáváno v domácnosti nebo je nucené k žebrání. (Švarcová, 2009, s. 107).

4.2 Příčiny zanedbávání

Za hlavní příčiny zanedbávání dítěte považujeme ztrátu jednoho nebo obou rodičů. Rizikem vzniku zanedbávání je závislost rodičů na alkoholu a návykových

látkách, ale také duševní nemoc, psychická nevyzrállost nebo handicapovanost jednoho nebo obou rodičů. Další příčinou může být etnická příslušnost nebo víra v určité náboženství. Dítě může být zanedbáváno v rodině, která je dysfunkční nebo afunkční. K zanedbávání dochází, pokud je dítě separováno od společnosti. Za příčinu zanedbávání dětí můžeme také označit nízké vzdělání rodičů, chudobu a stres. Mnohdy jsou děti zanedbávány rodiči, kteří byli ve svém dětství také zanedbáváni. (Slaný, 2008, s. 29).

4.3 Znaky zanedbávání

Charakteristickými znaky, které nasvědčují zanedbávání, je znečištěné, dítěti malé či velké nebo pro dané roční období nevhodné oblečení. Dítě není vedeno k hygienickým návykům. Dítě projevuje asociální až destruktivní chování vůči společnosti. U těchto dětí nejsou výjimkou poruchy řeči a soustředěnosti. Zanedbávané děti jsou často unavené a ospalé i během dne, protože rodiče nedbají na pravidelný a včasný spánek. Dítěti je poskytováno jídlo s nízkými nutričními hodnotami. Strava je nepestrá a chudá na ovoce, zeleninu a maso. Dítě žije ve špatných hygienických podmínkách, mnohdy bez vody, elektřiny, tepla a vlastní postele. Zanedbávané děti se chovají plaše, neuznávají autority a kulturní hodnoty. (Švarcová, 2009, s. 107).

Dítěti není poskytnuta dostatečná nebo žádná lékařská péče. Jsou zanedbány pravidelné lékařské prohlídky a dítěti chybí základní očkování. Nejstarší sourozenec často přebírá odpovědnost svých rodičů a pečuje o své sourozence v rámci svých možností. Zanedbávané děti jsou častokrát doma sami bez dozoru dospělé osoby nebo se toulají po ulicích i v pozdních nočních hodinách. Za zanedbávání považujeme i vyzvedávání dítěte ze školy nebo zájmových kroužků po otevírací době. (Švarcová, 2009, s. 107). Profesně vytížení rodiče předčasně umísťují své děti do jeslí a mateřských školek. Tyto děti tráví prázdniny na táborech, u příbuzných nebo v ozdravovnách. Rodičem jim nedostatek času, péče a lásky nahrazují hračkami a drahými předměty. (Vaničková, HadjMousová, Provazníková, 1995, s. 36).

4.4 Následky zanedbávání

Zanedbávání může dítěti způsobit následky, které mají různou podobu a délku trvání. U každého dítěte je to velmi individuální. Záleží na délce a intenzitě zanedbávání, ale i na psychickém stavu dítěte. Jednorázové zanedbání ze strany rodičů např. z důvodu nemoci nemusí mít negativní dopad na vývoj dítěte. Děti jsou následkem zanedbávání zasaženy v oblasti fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Zanedbávané děti špatně prospívají a může být u nich poškozen vývoj mozku. V období dospívání vykazují antisociální chování, trpí poruchami chování a inklinují k užívání alkoholu a jiných omamných látek. Předpokládá se, že osoby, které byly v dětství zanedbávány budou v dospělosti zanedbávat i své děti. Důsledky zanedbávání jsou komplexně propojeny. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 71).

Za hlavní důsledek fyzického zanedbávání můžeme považovat nedostatečnou výživu dítěte neboli podvýživu. S fyzickým zanedbáváním je též úzce spjata obezita. Dalším důsledkem fyzického zanedbávání může být svalový hypotonus, kazy chrupu, avitaminóza, zažívací problémy, častější výskyt infekčních onemocnění, kožní problémy, vadné držení těla a chudokrevnost. Za fatální důsledek fyzického zanedbávání označujeme smrt dítěte. Psychické následky u zanedbávaného dítěte jsou mnohem obtížněji rozpoznatelné než důsledky fyzické. Za primární důsledek psychického zanedbávání považujeme psychickou deprivaci. K psychickým důsledkům zanedbávání dále řadíme ospalost dítěte, úzkostné, apatické nebo depresivní chování. Sociální důsledky zanedbávání nejčastěji posuzujeme vzhledem ke vztahu dítěte s vrstevníky. Za sociální důsledek zanedbávání můžeme označit sociální percepci. Tyto děti mají obvykle malou slovní zásobu a špatně zvládají stresové situace, které se jim zpravidla nedaří řešit. Mají problémy s navazováním vztahů, jak s vrstevníky, tak s dospělými osobami. U zanedbávaných dětí se setkáváme s nejvyšším počtem neomluvených hodin, se kterým souvisí špatný prospěch ve škole. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 73, 74, 80, 81).

Ekonomické důsledky jsou chápány jako přímé a nepřímé výdaje, které společnost investuje do problematiky zanedbávaných dětí. Jako další důsledky zanedbávání můžeme jmenovat utonutí, popáleniny, opařeniny, autonehody, dehydrataci, udušení, požáry, užívání návykových látek a sebevražedné chování. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 85, 86).

5 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN

Mezi zvláštní formy syndromu CAN patří Münchhauserův syndrom by proxy, systémové týrání, organizované zneužívání dětí, obchodování s dětmi, rituální zneužívání a sexuální turismus. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 66).

5.1 Münchhauserův syndrom by proxy

Münchhauserův syndrom by proxy je syndrom, kdy si rodiče záměrně vymýšlejí různé nemoci a zdravotní komplikace u svých dětí. Může se jednat i o úmyslné otravy dítěte. Tito rodiče záměrně narušují vzorky moči nebo krve. Jejich cílem je, aby výsledky nedopadly pozitivně a jejich dítěti byla diagnostikována nějaká nemoc. (Švarcová, 2009, s. 108). Rodiče tyto praktiky provozují z důvodu rozmanitých výhod jako jsou například sociální dávky a různé příplatky. (Fischer, 2006, s. 86). V některých případech udělají rodiče z dítěte až invalidu, aby vynikla péče, kterou dítěti poskytují. K tomuto krajnímu východisku přistupují nejčastěji matky samoživitelky, které chtějí všem dokázat, že právě ony se nejlépe postarají o své dítě. (Hadj-Moussová a kol., 2005, s. 170). Tento syndrom v roce 1977 poprvé popsal Dr. Meadow. Münchhauserův syndrom by proxy může skončit až smrtí dítěte. (Švarcová, 2009, s. 108).

5.2 Systémové týrání

Systémové týrání je formou týrání, která je zapříčiněna systémem, který měl prvotně pomáhat týraným dětem a jejich rodinám. Za nejzávažnější systémové týrání považujeme to, které samočinně odebere dítě z rodiny. Systémové týrání je typické pro náhradní rodinnou péči a dětský domov. Děti stále putují mezi pěstounskými rodinami nebo dětským domovem a velmi často nejsou uspokojovány ve svých potřebách. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 66). Systémové týrání zahrnuje nedostatečnou péči o děti v rodině nebo špatnou péči v denních zařízeních jako je škola, družina nebo zájmové kroužky. Potom sem spadá celá řada opakovaných, necitlivě prováděných a zbytečných vyšetření odborníky. (Smutková, 2007, s. 64).

5.3 Organizované zneužívání dětí

Organizované zneužívání můžeme chápat jako zneužití dítěte více pachateli za účelem splnění stejného cíle. Organizátoři těchto praktik řídí širokou spleť osob, která přesahuje hranice města, země i kontinentu. Mluvíme tedy o každém sexuální zneužití, které bylo vykonáno více než jednou osobou. V tomto případě se jedná o dětskou prostituci nebo dětskou pornografii. Tato forma zneužívání je úzce spjata s fyzickým a psychickým týráním. (Švarcová, 2009, s. 109).

5.4 Obchodování s dětmi

Pod pojmem obchodování s dětmi si představujeme všechny aktivity, které vedou k získání dětí se záměrem sexuálního vykořisťování. Takové vykořisťování se uskutečňuje prostřednictvím únosu, prodeje, přemístěním nebo nákupem dítěte, dále předstíráním domácí práce, použitím síly, úplatků nebo moci. (Švarcová, 2009, s. 110).

5.5 Rituální zneužívání

Rituální zneužívání může být jednorázové nebo opakované. Rituální zneužívání je nejpodivuhodnější typ zneužívání. Jedná se o zneužívání, které je doprovázeno specifickými symboly s náboženskou, magickou či nadpřirozenou tematikou. Rituální zneužívání je obvykle součástí organizovaného společenství. (Smutková, 2007, s. 65). K formám rituálního zneužívání patří mučení, kanibalismus, močení na různé části těla oběti, ukřižování, černé mše, pohřbívání zaživa, rituální obětování dětí, vynucené těhotenství nebo únosy. Za hlavní formu rituálního zneužívání považujeme rituální sexuální zneužívání. (Švarcová, 2009, s. 110).

5.6 Sexuální turistika

Je zvláštní forma syndromu CAN, se kterou se setkáváme od 2. poloviny 20. století. Sexuální turistika znamená, že cizinci přijíždí do cizí země se záměrem pohlavního styku. V některých vyspělých zemích platí zákonná opatření proti sexuální turistice. Naopak do rozvojových zemí jsou turisté lákáni na poskytování sexuálních služeb. Za hlavní příčinu sexuální turistiky považujeme chudobu, která vede k vykořisťování dětí ke komerčním účelům. (Dunovský, Mitlöhner, Hejč, Hunušová-Tlačilová, 2005, s. 140, 141).

6 PREVENCE SYNDROMU CAN

Prevenici týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte můžeme dělit na primární, sekundární a terciální. Cílem prevence je snížit riziko vzniku syndromu CAN. (Weiss a kol., 2005, s. 57).

6.1 Primární prevence

Dle Světové zdravotnické organizace spočívá primární prevence v tom, že se máme chovat tak, aby nedocházelo k negativním společenským úkazům. Především zamezit jejich vzniku, utlumit je v počátku a nedat jim šanci se rozvíjet a prohlubovat. Bohužel odborníci mnohdy odhalují až případy, které se už staly a zanechaly negativní následky. Primární prevence se zaměřuje na působení široké veřejnosti na dítě, na působení rodiče či jiného vychovatele a na působení odborníků na dítě. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 72, 73). Důležitou roli při primární prevenci hrají sdělovací prostředky, škola a další instituce, které pracují s dětmi. Patří sem i zákony, směrnice a nařízení, které se zabývají dětmi a rodinou. Primární prevence klade důraz na osvětu rodičů a pedagogů, která je orientovaná na práva dítěte, přiměřené požadavky dítěte, správnou životosprávu a metody vhodné pro výchovu dítěte. Odborní pracovníci jsou v rámci primární prevence zahrnováni znalostmi o vývojových zákonitostech a důležitých věkových zvláštěnostech dítěte. Jejich úkolem je rozpoznat poškození zdravého vývoje a zdraví dítěte. V neposlední řadě se primární prevence zaměřuje na preventivní programy sexuální výchovy a násilí na školách. Dítě je informováno o existujících rizicích, o možnostech, jak jim předcházet, a kde vyhledat pomoc. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 37, 38).

6.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence má za úkol vytipovat rizikové osoby a situace jejichž chováním či působením dochází k týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 38). Cílem je působit na tyto osoby, tak aby se

zmírnilo riziko výskytu syndromu CAN. (Weiss a kol., 2005, s. 77). Sekundární prevence klade důraz na co nejšetrnější zacházení s dětmi, u kterých hrozí riziko výskytu syndromu CAN. Důležitá je empatie a profesionální přístup ze strany odborníků. Za nevhodné považujeme neustálé vyptávání se dítěte, které v něm vzbuzuje pocit nedůvěry. Mnohem efektivnější je s dítětem navázat kamarádský vztah. Dítě považuje odborníka za kamaráda, kterému se svěří se svým problémem prostřednictvím hry nebo kresby. Děti často odráží své špatné zážitky do hry, především při hře na rodinu. (Dunovský, Mitlöhner, Hejč, Hanušová-Tlačilová, 2005, s. 29).

Rizikové děti jsou takové, které svým chováním vyčnívají ze skupiny vrstevníků. Mezi tyto děti patří především děti s mentálním postižením, s výkyvy nálad, děti nesoustředěné, impulzivní, úzkostné nebo naopak plačtivé, děti se sníženými intelektovými schopnostmi a děti s nízkým zájmem o dění okolo nich. Za rizikové rodiče označuje ty, kteří mají projevy agresivního chování, jsou závislí na návykových látkách, jsou členy náboženských sekt nebo jsou dlouhodobě nezaměstnaní a neúspěšní ve svém životě. Rizikovými rodiči jsou ovšem i příliš pracovně vytížení, deprimovaní či psychicky nemocní rodiče. Spouštěčem syndromu CAN může být i riziková situace, která je způsobena vlivem dlouhodobé nemoci rodiče, jeho vyčerpanosti, společenské izolovanosti či stresem z rozvodu. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 38, 39).

6.3 Terciární prevence

O prevenci terciární hovoříme, pokud již došlo ke zneužití, týrání nebo zanedbání dítěte. Cílem terciální prevence je zabránit, aby k takovýmto jevům dále nedocházelo a dítě už nebylo poškozováno. Dalším cílem je co nejvíce zmírnit následky syndromu CAN. (Vaníčková, Hadj-Moussová, Provazníková, 1995, s. 39). Důležité je zvolit pro dítě vhodnou terapii a rehabilitaci. A v neposlední řadě zajistit dítěti ochranu před osobou, která se na něm dopouštěla týrání, zneužívání, zanedbání či jiné formy syndromu CAN. Při terciární prevenci je důležitá aktivní sociální práce s rodinou, směřující k tomu, aby dítě nemuselo být z rodiny odebráno. V případě, že dítě bylo odebráno, tak se snaží o jeho navrácení zpět do rodiny. Důležitou roli zde hraje i širší rodina a škola. Terciární

prevence zahrnuje spolupráci několika institucí a odborníků. (Dunovský, Mitlöhner, Hejč, Hanušová-Tlačilová, 2005, s. 29, 30).

6.4 Zásady prevence syndromu CAN

Mezi základní zásady prevence zanedbávání patří pravidelné lékařské prohlídky, návštěvy vzdělávacích zařízení, společné trávení času dítěte s rodinou, rozdělení úkolů při zabezpečování chodu domácnosti, vytyčení pravidel pro dítě, společná starost o domácí zvířata, navazování přátelských vztahů s vrstevníky, udržování kontaktů s širší rodinou, navštěvování kulturních akcí, učení dětí finanční gramotnosti, jejich vedení k četbě a osvojování si nových dovedností. Důležitý je dohled rodičů nad dítětem, aby netrávilo příliš času u televize nebo počítače. (Vaníčková, 2012, s. 12). Základní zásadou prevence před tělesným týráním je předem stanovený způsob výchovy dítěte, na kterém se rodiče domluvili. Důležité je stanovení systému udělování odměn a trestů. Rodiče by se měli naučit zvládat stres a odbourávat agresivní chování. K dítěti by měli chovat respekt a úctu, chránit ho, usměrňovat ho, ukazovat mu, vysvětlovat a být mu dobrým příkladem. (Vaníčková, 2012, s. 13, 14). K zásadám prevence před sexuálním zneužíváním také radíme informovanost dítěte o nebezpečí zneužití. S dítětem je důležité mluvit o sexualitě již od útlého věku a odpovídat mu na otázky s tím spojené. Důležité jsou hry, které učí děti řešit neobvyklé situace. Podstatné je v dítěti vzbuzovat sebedůvěru, která mu napomáhá dítěti se nebát a říct i ne. (Vaníčková, 2012, s. 15, 16).

Děti by měly vědět, že jim nemá být ubližováno psychicky ani fyzicky. Důležité je jim vysvětlit, že říkat „ne“ nebo „nechci“ je naprosto v pořádku a není to nic špatného. Naučit je podávat ruku místo polibku na ústa či tvář. Měly by vědět, že když se jim něco nepovede, tak se nic špatného nestane a nikdo je nebude trestat. Měly by se naučit respektovat tělesné hranice a vyžadovat je i od ostatních osob. Každé dítě by mělo vědět, že má právo na soukromí, intimitu a svévolné rozhodnutí. Rodiče a učitelé by měly s dětmi probírat rizikové situace a učit je, jak se v takových situacích zachovat. (Hadj-Mousová, 2005, s. 178). Důležité je, aby dítě mělo ve svém okolí osobu, které může důvěřovat a svěřit se jí. S vědomím, že mu pomůže a ubližování přestane. Důraz je kladen na preventivní programy v rámci základních a středních škol, které jsou stále častější a intenzivnější s různorodým zaměřením. (Pöthe, 1999, s. 108, 109).

7 DIAGNOSTIKA

Diagnostiku syndromu CAN chápeme jako komplexní činnost odborníků, kteří odhalují okolnosti vzniku syndromu a posuzují do jaké míry bylo dítě tímto syndromem zasaženo. (Pemová, Ptáče, 2016, s. 123). Na diagnostice se podílí celá řada odborníků jako jsou psychologové, kliničtí psychologové, lékaři, učitelé, sociální pracovníci a odborníci z oblasti trestního práva. (Smutková, 2007, s. 69). Fyzické týrání a zneužívání je zpravidla odhaleno pediatrem. Zanedbávání vzdělání a výchovy v první řadě odhalí pedagog. Tito odborníci používají různé diagnostické metody, kterými se snaží určit rozsah zasažení syndromem CAN a příčiny jeho vzniku. Ve většině případů není diagnostika jednoznačná. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 123). Diagnostiku syndromu CAN považujeme za velmi citlivý a obtížný proces. Někdy je velmi složité posoudit, zda se jedná o nepřiměřené zacházení s dítětem v rámci vyznávání odlišné kultury nebo už jde o trestnou činnost. Proto je zcela nezbytná všímavost lékařů, učitelů a okolí, ve kterém se dítě pohybuje. Povinností každého je nahlásit jakékoli podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání na policii nebo OSPOD. (Smutková, 2007, s. 69).

Při posuzování případu a stanovování diagnostiky musíme zohlednit věk dítěte, zdravotní stav pachatele, délku trvání a závažnost týrání, zneužívání nebo zanedbávání. (Smutková, 2007, s. 70). Sociální pracovník zjišťuje, zda je rodina úplná, funkční, a zda jsou v rodině ještě další děti. Posuzuje prostředí, ve kterém dítě žije, zda je podnětné a pro dítě bezpečné. Pracuje s celkovou rodinnou a osobní anamnézou. Sleduje dítě při hře a v neposlední řadě ho vyslechne. Na základě vyhodnocení všech skutečností může stanovit prognózu a předběžné opatření. (Pemová, Ptáček, 2016, s. 127). V určitých případech může být dítě přijato k diagnostickému pobytu, což může přispět k přesnějšímu stanovení diagnostiky. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 138).

Rodina je nahlášena do systému sociálně právní ochrany dětí. V následujících dnech je rodina navštěvována sociálními pracovníky bez předchozího ohlášení. Do 30 dnů od stanovení předběžného opatření musí být stanoven další postup. Během těchto dní stále probíhá šetření. Pokud se potvrdí podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání, tak je dítě z rodiny odebráno a rodiče jsou obviněni z trestného činu. V případě, že se podezření nepotvrdí, je rodičům nabídnuta podpůrná pomoc. (Smutková, 2007, s. 128).

7.1 Léčba dětí zasažených syndromem CAN

Hlavním cílem léčby dětí zasažených syndromem CAN je odstranit nebo v co největší míře snížit důsledky nesprávného zacházení s dítětem. Dalším cílem je dosáhnout v rámci možností sociálního, tělesného a psychického klidu dítěte. Léčba musí vždy probíhat komplexně. Léčebný proces probíhá za účasti několika odborníků, kteří spolu úzce spolupracují stejně jako při stanovení prognózy a následné diagnózy. Společně stanoví cíle, kterých se snaží s daným dítětem dosáhnout. Konečným cílem by mělo být uzdravení jedince, to je však někdy pouhou utopií. V léčbě se často používá terapeutických postupů, v těchto případech je důležité dítěti naslouchat a nechat ho hovořit. Při léčbě se očekává profesionální přístup, pochopení, vysoká míra empatie a trpělivosti ze strany odborníků. (Dunovský, Dytrich, Matějček a kol., 1995, s. 166).

Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se zaměřuje i na léčbu celé rodiny. To má za cíl zlepšit současnou situaci a odstranit veškeré příčiny, které byly důvodem vzniku této situace. Léčba využívá i medikamentů při depresích a úzkostech. Jako hlavní metoda při odstraňování důsledků sexuálního zneužívání a týrání se používá psychoterapie. Ta má za cíl dosáhnout katarze neboli rovnováhy a vyrovnaného postoje dítěte k dané události. Dítě by se mělo odreagovat a nechat volný průchod svým emocím. Mělo by mít pocit jistoty a opory. Další možností léčby je terapie, která zdůrazňuje důležitost spolupráce s rodinou. Zastává názor, že pokud je to jen trochu možné, tak by mělo dítě zůstat v prostředí své rodiny. Cílem terapie je, aby se dítě cítilo bezpečně a začalo věřit ve zlepšení svého stavu. (Vágnerová, 2008, s. 631, 632).

Individuální psychoterapie pracuje s vytvářením příběhů a hrou, které pomůžou pochopit problém a zmenšit napětí. Mnohdy je využívána i hypnóza. Součástí individuální terapie je i nácvik správného chování a odstraňování toho nežádoucího, které by mohlo vést ke zhoršení postavení dítěte ve společnosti. Další možností léčby je skupinová terapie. V rámci ní může docházet ke sdílení problémů a ke vzájemné podpoře, což se ukazuje jako pozitivní jev. Poslední metodou léčby je socioterapie, která je založena na spolupráci se sociálními pracovníky a psychoterapeuty. Jejím úkolem je zlepšit rodinné vztahy v péči o dítě. (Vágnerová, 2008, s. 632).

7.2 Legislativa

Základním dokumentem, který se týká dětí ohrožených a zasažených syndromem CAN je Úmluva o právech dítěte. Jedná se o mezinárodní dokument. Úmluva byla přijata OSN v roce 1989. Tato úmluva zajišťuje všem dětem plná práva ve všech členských zemích. (Hanušová, 2006, s. 17). Syndromem CAN se zabývá Čl. 1 Definice dítěte, Čl. 2 Nediskriminace, Čl. 3 Nejlepší zájem dítěte, Čl. 9 Oddělení od rodičů, Čl. 11 Nezákonné přemístění a nevrácení, Čl. 12 Názor dítěte, Čl. 19 Ochrana před násilím a zanedbáváním, Čl. 34 Sexuální zanedbávání, Čl. č. 39 Zotavovací péče. (David, 1999, s. 29, 30).

K dalším mezinárodním právním normám patří Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata OSN v roce 1948. (Krejčí, 2011, s. 9). A Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů, která vstoupila v platnost v roce 1980. Pro Českou republiku vstoupila v platnost 1. 3. 1998. Úmluva o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí má chránit děti před protiprávním zadržováním a přemísťováním. Úmluva dále uvádí, že dítě má být vychováváno oběma rodiči. (Novotná, Fejt, 2009, s. 41).

Evropská úmluva o výkonu práv dětí byla přijata ve Štrasburku v roce 1996. Má za úkol chránit všechny zájmy dítěte a podporovat jejich práva. Zastává názor, že děti mají být informovány o svých právech. Úmluva upravuje práva styku s dítětem. Dítě má právo vyjádřit svůj názor, který je nutné brát vždy v úvahu. (Novotná, Fejt, 2009, s. 36).

Deklarace práv dítěte byla přijata v roce 1924 Ligou národů. Úkolem deklarace je, aby děti užívaly všech práv a svobod společnosti. Deklarace obsahuje několik zásad, které musí členské státy uznávat a dohlížet na jejich dodržování. Všechny děti mají stejná práva bez rozdílu rasy, náboženství, pohlaví, barvy pleti a jazyka. Dítě potřebuje ke svému vývoji lásku a pochopení. Dítě má právo na jméno. Všechny děti mají právo na ochranu. Dítě má právo na sociální zabezpečení. Dítě má právo na lékařskou péči a výživu. Dítě má vyrůstat v biologické rodině, pokud je to jen trochu možné. Dítě má právo na bezplatné vzdělání. Dítě mladší patnácti let nesmí pracovat. (Bůžek, Michalík, 2000, s. 7).

Legislativa týkající se syndromu CAN pouze na území našeho státu je zakotvena v Listině základních práv a svobod, která vstoupila v platnost v roce 1992 a v níže uvedených zákonech. Jejím cílem je chránit všechna lidská práva. Děti ohroženými syndromem CAN se zabývá hlava druhá: Lidská práva a svobody v oddílu prvním: Základní lidská práva a svobody a dále Hlava čtvrtá: Hospodářská, sociální a kulturní práva. (Klíma, 2006, s. 168, 169).

„*Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.*“ (Novotná, Fejt, 2009, s. 14). Chrání dítě před nepříznivým vývojem a dohlíží na řádnou výchovu. Hájí zájmy dítě a ochraňuje jeho majetek. Dohlíží na obnovení poškozených funkcí v rodině. Zabezpečuje dítěti náhradní rodinnou péči, pokud nemůže být ve své biologické rodině. Sociálně právní ochranu vykonávají orgány sociálně právní ochrany dětí (krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, ministerstvo, úřady práce a další osoby, které mohou vykonávat sociálně právní ochranu dětí). (Novotná, Fejt, 2009, s. 14, 15, 16).

„*Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.*“ (Novotný, 2014, s. 9). Děti, ohrožených syndromem CAN, se především týká druhá část občanského zákoníku, která se zabývá rodinným právem. Oddíl třetí se zabývá rodinou a dítětem. Vymezuje vzájemná práva a povinnosti mezi dětmi a rodiči. Formuluje rodičovskou odpovědnost, péči a ochranu o dítě, péči o majetek dítěte, vyživovací povinnost, výchovná opatření a vztahy mezi dítětem a ostatními příbuznými. (Novotný, 2014, s. 9, 75, 138, 143, 156).

„*Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.*“ (Trestní předpisy, 2010, s. 14). Obsahuje trestné činy, které mohou u dětí navodit syndrom CAN. Mezi nejčastější trestné činy patří především ublížení na zdraví, mučení a jiné nelidské kruté zacházení, vražda, opuštění dítěte, pohlavní zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie, svádění k pohlavnímu styku, znásilnění, sexuální nátlak, soulož mezi příbuznými, obchodování s dětmi, kuplířství, ohrožení výchovy, únos, zanedbání povinné výchovy a další. Trestní zákoník dále vymezuje výše a druhy trestů při spáchání těchto závažných trestních činů. (Trestní předpisy, 2010, s. 24, 44-46, 50, 56-58).

8 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉ OZDRAVOVNY

Dětské ozdravovny jsou zdravotnická zařízení, která poskytují na základě lékařského návrhu léčebnou péči. Jsou určeny dětem zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem jako je obezita nebo astenie a dětem v rekonvalescenci, kdy jejich zdravotní stav nevyžaduje speciální léčbu, dětem se sociální indikací včetně týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, dětem s opakovanými onemocněními dýchacích cest, alergikům a astmatikům. Dětské ozdravovny jsou situovány především v horských a podhorských oblastech. (Horáková a kol, 2017, s. 10).

Dětská ozdravovna, která je umístěná ve vhodných klimatických podmínkách poskytuje komplexní zdravotní, pedagogickou, psychologickou i sociální péči. Ke každému dítěti se přistupuje individuálně s ohledem na situaci dítěte a jeho obecné i specifické potřeby. Dětské ozdravovny využívají poznatků a možností z dětského lékařství, včetně klimatoterapie, hydroterapie, kinezoterapie, dietoterapie, popřípadě psychoterapie a socioterapie. Současně a cílevědomě se zaměřují na to, aby si děti osvojily správný způsob života, tzn. životního stylu. Pobyť v dětské ozdravovně se dále zaměřuje na dechová cvičení, inhalace, rehabilitace a cvičení na vadné držení těla. V letních i zimních měsících je kladen důraz na to, aby děti co nejvíce pobývaly venku na čerstvém vzduchu. Děti chodí ven téměř za každého počasí. Využívají hřiště a jiné atrakce k venkovním hrám, které jsou v areálu ozdravovny. Součástí dětské ozdravovny bývá velmi často alergologická a psychologická poradna, poskytující odborné služby pacientům z ozdravovny i široké veřejnosti. (Horáková a kol, 2017, s. 12).

Vzhledem k současné situaci, kdy se zvyšuje výskyt chronických či recidivujících onemocnění dětí, nabývají ozdravovny stále více na svém významu. Dětské ozdravovny jsou určeny dětem od 3 do 15 let bez doprovodu rodičů. V případě, že ozdravný pobyt je nezbytně nutný pro dítě mladší tří let, tak je dítě do dětské ozdravovny přijato v doprovodu rodičů nebo jiných zákonných zástupců. Děti, které mají povinnou školní docházku, navštěvují základní školu při dětské ozdravovně. Děti předškolního věku navštěvují mateřskou školu nebo mateřské centrum při dětské ozdravovně. (Horáková a kol, 2017, s. 15).

Návrh na pobyt dítěte v dětské ozdravovně podává pediatr dle zdravotního stavu dítěte. Následným krokem je podání žádosti rodičů o povolení pobytu jejich dítěte v dětské ozdravovně, kterou ve spolupráci s pediatrem po zvážení zdravotního stavu dítěte zvolily. Pokud návrh obsahuje všechny vyžadované záznamy, je odeslán na krajskou pobočku Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Krajská pobočka Všeobecné zdravotní pojišťovny musí ověřit, zda se jedná o jejího pojištěnce. Pokud tak učiní, odešle návrh do uvedené dětské ozdravovny. Dítě musí do ozdravovny nastoupit do 6 měsíců od odeslání návrhu. Náklady dítěte vyžadující pobyt v dětské ozdravovně jsou v plné výši hrazeny Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Doprovod dítěte si hradí pobyt sám. (Horáková a kol., 2017, s. 20).

Všechny děti, které chtějí být přijaty k ozdravnému pobytu v dětské ozdravovně, musí být očkovány. Dítě musí v dětské ozdravovně setrvat minimálně 21 dní. Délka pobytu jde prodloužit až o dvojnásobek. (Horáková a kol., 2017, s. 22).

Dětem, které trpí astmatem se doporučuje, navštívit dětskou ozdravovnu v zimě nebo na podzim. Děti alergické na pyl by měly dětskou ozdravovnu navštívit na jaře, protože většina dětských ozdravoven se nachází v horských oblastech a hrozí zde menší riziko výskytu pylu v tomto ročním období než v nížinách. Rodiče dětí, které mají povinnou školní docházku, ovšem toto doporučení moc nerespektují. Obávají se, že jejich dítě zamešká školní docházku. (Horáková a kol., 2017, s. 31).

Dětem v dětských ozdravovnách je poskytována strava pětikrát denně, a to formou snídaně, dopolední svačiny, oběda, odpolední svačiny, večeře a v některých případech i druhé večeře, která bývá zpravidla lehčí. Pitný režim je poskytován po celý den. Vrchní sestra ve spolupráci s dietní sestrou sestavuje nutričně vyvážený jídelníček, ve kterém se bere zřetel na speciální výživové požadavky jednotlivých dětí. Speciální strava je zajišťována dětem s bezlepkovou dietou, dětem s různými alergiemi na potraviny, dětem s obezitou nebo naopak s astenií. (Horáková a kol., 2017, s. 55).

Během pobytu v dětské ozdravovně pečují o děti vychovatelé, zdravotní sestry, dietní sestry, rehabilitační sestra, pediatr a pedagogové. Tyto osoby pomáhají dětem ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Důležitá je vzájemná spolupráce těchto odborníků a komplexní přístup k dítěti. (Horáková a kol., 2017, s. 37).

9 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC

Zákon o sociálně-právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb. charakterizuje v § 42 ZDVOP takto: „*Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc poskytuje pomoc a ochranu dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy, jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané, anebo o dítě, které se ocitlo v situaci, kdy jsou vážným způsobem ohrožena jeho práva.*“ (Barvíková, Poloncyová, Machová, 2012, s. 13).

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc byla prvotně koncipována jako zařízení pro poskytování nutné pomoci dětem, které se ocitnou v ohrožení života, škodlivého vývoje nebo zdraví. Dále jsou určena dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným. Tato zařízení měla poskytovat ochranu a péči dětem po dobu nezbytně nutnou, než se vyřeší jejich rodinná situace. Snahou bylo, aby se dítě mohlo vrátit nazpět do své biologické rodiny. Pokud se během krátké doby nevytvořily v jeho biologické rodině vhodné podmínky pro jeho výchovu, péči a rozvoj, tak bylo dítě svěřeno do péče jiné osoby v rámci náhradní rodinné péče nebo bylo dáno do ústavní výchovy. (Barvíková, Poloncyová, Machová, 2012, s. 13).

„*Přijetím zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů se původní myšlenka ZDVOP vytratila.*“ (Barvíková, Poloncyová, Machová, 2012, s. 17). Součástí tohoto zákona byla novela zákona o rodině, která dávala soudcům pravomoc rozhodnout o svěření dítěte do výhradní péče ZDVOP. Z toho vyplývá, že zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc má při svěření dítěte do výhradní péče přednost před ústavním zařízením. Tímto se ZDVOP stalo tzv. alternativním ústavním zařízením. (Barvíková, Poloncyová, Machová, 2012, s. 17, 18). Donedávna nebyla délka pobytu dítě v ZDVOP přesně stanovena. Děti zde teoreticky mohly vyrůstat až do dospělosti. V současné době je snahou navrátit se k původnímu pojetí ZDVOP, a proto je maximální délka pobytu v ZDVOP stanovena na 6 měsíců. Během této doby je dítě navraceno zpět do rodiny nebo je dítě umístěno do náhradní rodinné péče či ústavní výchovy. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 72, 73).

Pobyt v ZDVOP je určen pro děti od narození do 18 let. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc jsou samostatná zařízení nebo jsou přidružena k dětským domovům, kojeneckým ústavům nebo k dětským centrům. Každé zařízení má přesně stanovenou kapacitu. Hlavním úkolem ZDVOP je zajistit sociálně-právní ochranu dítěte. Cílem ZDVOP je uspokojit základní biologické potřeby, zajistit zdravotní a psychologickou péči, zabezpečit dítěti vzdělání, podpořit ho ve volnočasových aktivitách a pomoci mu k návratu do jeho rodinného prostředí, pokud je to možné. Při nástupu do ZDVOP je dítěti vytvořen individuální plán, který se pracovníci snaží naplňovat a následně vyhodnotit. Stanovují se krátkodobé a dlouhodobé plány. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 2, 3).

Dítě je do ZDVOP přijato na základě žádosti zákonného zástupce, na základě rozhodnutí soudu, na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností se souhlasem rodiče nebo na základě vlastní žádosti dítěte. Dítě od pobytu v zařízení očekává zklidnění situace v rodině. Zákonní zástupci od pobytu v zařízení očekávají změnu v chování dítěte a zlepšení vzájemných vztahů. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 10, 11, 12). Dítě má právo během pobytu v ZDVOP vyjádřit svůj názor a získávat pravdivé informace. Každý zaměstnanec má povinnost ke všem dětem přistupovat stejně, nedělat rozdíly. Má povinnost informovat zákonného zástupce o průběhu pobytu dítěte v zařízení, a to buď písemně, telefonicky nebo při osobním setkání. Děti jsou vedené k pravidelným kontaktům se zákonnými zástupci, ale vždy je zohledňován zájem a názor dítěte. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 14, 22, 31, 35).

Každé dítě při nástupu do ZDVOP dostane svého klíčového pracovníka, který vede spisovou složku daného dítěte. Ke kmenovým pracovníkům patří ředitel/ka zařízení, sociální pracovníce, vedoucí vychovatelka, vychovatelé, zdravotní sestra, psycholog, lékař a další pomocní zaměstnanci. Personální zajištění se může v jednotlivých ZDVOP lišit. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 71).

Zařízení vyžadující okamžitou pomoc jsou z velké části financována státním příspěvkem. Dalšími finančními zdroji jsou sociální příspěvky, dotace obecních a krajských úřadů, granty a sponzorské dary. V neposlední řadě nesmíme opomenout finanční příspěvek rodičů na děti. Výši příspěvku stanovuje ředitel zařízení. Odvíjí se od věku dítěte a jeho potřeb. (Barvíková, Poloncyová, Machová, 2012, s. 68, 71).

PRAKTICKÁ ČÁST

10 METODIKA

Cílem praktické části bakalářské práce je získat informace ohledně dětí zasažených syndromem CAN, které byly umístěny do Zařízení vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království.

10.1 Dílčí cíle

Dílčím cílem je určit, jaké následky zanechal syndrom CAN na dítěti mladšího školního věku v oblasti sociálního, psychického, výchovného, vzdělávacího a zdravotního vývoje.

Dále objasnit vztah dítěte k rodičům, kteří se na něm dopouštěli týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Zjistit, zda dítě zasažené syndromem CAN navazuje sociální vztahy s vrstevníky.

Zjistit, zda dětem ohroženým syndromem CAN je poskytována dostatečná lékařská péče.

Zhodnotit úroveň hygienických a sebeobslužných návyků.

10.2 Výzkumné otázky

Má dítě zasažené syndromem CAN v mladším školním věku kladné vyhlídky na zlepšení v oblasti sociálního, psychického, výchovného, vzdělávacího a zdravotního vývoje při včasném odhalení a pomoci odborníků?

Můžeme považovat syndrom CAN u cílových skupin za transgenerační problém?

Navazuje dítě se syndromem CAN sociální vztahy s vrstevníky?

Zlepšily se u dětí zasažených syndromem CAN hygienické a sebeobslužné návyky během pobytu v Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království?

10.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří čtyři děti mladšího školního věku, které byly umístěny do Dětské ozdravovny Království do Zařízení vyžadující okamžitou pomoc.

Prvním respondentem je dívka ve věku 6 let, která byla do zařízení přijata z důvodu dlouhodobého zanedbávání ze strany rodičů. Její mentální vývoj odpovídá tříletému dítěti.

Druhým respondentem je dívka ve věku 10 let, která byla do zařízení umístěna z důvodu dlouhodobého fyzického a psychického týrání svým nevlastním otcem.

Třetím respondentem je chlapec ve věku 7 let, který byl umístěn do zařízení z důvodu zanedbané péče. Je vývojově opožděný, má výkyvy v chování a trpí obezitou.

Čtvrtým respondentem je dívka ve věku 11 let, která byla umístěna do zařízení z důvodu zneužívání svým strýcem.

10.4 Místo výzkumu

Výzkum byl prováděn v Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které funguje při Dětské ozdravovně Království od roku 2011. Zařízení se nachází v těsné blízkosti Dvora Králové nad Labem a Nemojova. Areál celého zařízení je situován v lesním prostředí v blízkosti přehrady Les Království.

10.5 Metody výzkumu

Pro zjištění vytyčených cílů bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. *„Kvalitativní výzkum je verifikační. Kvalitativního výzkumníka zajímá spíše konkrétní případ. Kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní podobě. Kvalitativní výzkum se snaží proniknout do situace zkoumané osoby.“* (Gavora, 2000, s. 31, 32). *„Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.“* (Gavora, 2000, s. 141). *Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě.“* (Gavora, 2000, s. 148).

Z metod bylo zvoleno přímé pozorování a kazuistiky. „Pozorování znamená sledování činnosti lidí, záznam této činnosti, její analýzu a vyhodnocení. Při kvalitativně orientovaném výzkumu pozorovatel už před začátkem pozorování ví přesně, o a jak bude pozorovat“. (Gavora, 2000, s. 76). „Při přímém pozorování má být pozorovatel umístěn, tak aby co nejméně rušil pozorované osoby.“ (Gavora, 2000, s. 78).

„Kazuistika je studií případu konkrétního jedince. Dá se využít jako pomocná diagnostická metoda, zpracovává konkrétní případ od doby zjištění problému až po současnost. Shrnuje všechny dostupné informace a údaje. Jedná se o metodu sumarizační.“ (Přinosilová, 2007, s. 43).

Pozorování bylo prováděno v Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království. Děti byly pozorovány po dobu tří měsíců v horizontu devadesáti minut třikrát týdně. Pozorování bylo koncentrováno na vytyčené cíle a vše bylo zapisováno.

Pozorování bylo zaměřeno na hygienické a sebeobslužné návyky, na projevy chování, na vztah dětí k jejich rodičům, na školní vědomosti a na to, jak se zapojují do kolektivu dětí. Děti byly pozorovány při všech činnostech a aktivitách. Kazuistiky byly vytvořeny na základě získaných poznatků během přímého pozorování a rozboru osobních složek.

10.6 Základní a výzkumný vzorek

Základní soubor je soubor všech dětí umístěných do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království. Výzkumný soubor tvoří čtyři děti mladšího školního věku pro přímé pozorování a vyhotovení kazuistik, které byly umístěny do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království.

11 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉ OZDRAVOVNY KRÁLOVSTVÍ

Dětská ozdravovna Království je umístěna uprostřed lesa v blízkosti přehrady Les Království. Kapacita dětské ozdravovny je 60 lůžek. Je určena dětem od tří do patnácti let s doprovodem nebo bez doprovodu dospělé osoby. Děti mladší tří let navštěvují ozdravovnu pouze v doprovodu dospělé osoby. Pobyty o letních prázdninách jsou určeny výhradně dětem bez doprovodu dospělé osoby. Děti jezdí na ozdravný pobyt zpravidla na tři týdny. Jsou ubytovány na pokojích po šesti. Při příjmu je čeká lékařská prohlídka a následně jsou rozděleny do skupin, a to podle věku a zdravotních obtíží. Celý pobyt dětem hradí pojišťovna. Do Dětské ozdravovny Království jsou k ozdravnému pobytu přijímány děti s nadváhou, astenií, astmatem, alergiemi, neurotickými problémy, enurézou a děti oslabené vlivem nevhodného životního prostředí. Léčebné pobyty probíhají celoročně. Služby dětské ozdravovny využívají i mateřské a základní školy, které sem jezdí na pobyty v přírodě. (Horáková a kol., 2017, s. 10, 11.).

Děti během pobytu v dětské ozdravovně navštěvují základní školu a mateřské centrum v hlavní budově zařízení. Součástí zařízení je i vlastní kuchyně. Dětem je sestaven vyvážený jídelníček v souladu s alergiemi jednotlivých dětí. Dětem je k dispozici psychologická pomoc. Během pobytu pečují o děti zdravotní sestry, lékařka, vychovatelé, pedagogové a dietoložka. Při ozdravném pobytu se dbá na pobyt venku a na dostatek pohybových aktivit. K těmto aktivitám slouží sportovní hřiště, trampolína, bazén, lanové hřiště, vnitřní cvičebna, rotopedy, naučné stezky v lese a turistika po okolí. Za nepříznivého počasí je využívána herna, která je součástí zařízení. Zdravotní stav dětí je podporován cviky na správné držení těla, změnou stravovacích návyků, dechovými cvičeními, cvičením na ploché nohy a cvičením na míčích. Dále se využívá jóga, inhalace, klimatoterapie, nosní sprcha, sauna, Frolovův přístroj a aromaterapie. (Horáková a kol., 2017, s. 12, 13).

Celý léčebný pobyt je doprovázen zábavnými aktivitami jako je pohádkový les, soutěže o drobné ceny, výlety, divadlo, taneční hodiny, ukázka výcviku psů, kadeřnice, jízda na koni a mnoho dalšího. Děti se do Dětské ozdravovny Království rády vrací. Součástí Dětské ozdravovny Království je Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. (Horáková a kol., 2017, s. 18).

12 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI VYŽADUJÍCÍ OKAMŽITOU POMOC PŘI DĚTSKÉ OZDRAVOVNĚ KRÁLOVSTVÍ

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc je součástí Dětské ozdravovny Království od roku 2011. Toto zařízení je určeno dětem jejichž přirozený vývoj je ohrožen a dětem, kterým není zajištěna dostatečná péče. Dále je určeno pro děti, které jsou týrané, zneužívané nebo zanedbávané a v neposlední řadě pro děti, kterým jsou odírána základní lidská práva. Cílovou skupinou jsou děti od narození do 18 let. Pokud se jedná o sourozence, tak je možné věkovou hranici posunout. Kapacita zařízení je 24 dětí. Může být překročena, pokud se jedná o sourozence. Dítě je do zařízení umístěno na základě rozhodnutí soudu, žádosti zákonného zástupce, vlastní žádosti nebo žádosti obce s rozšířenou působností. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 1).

Od ledna 20017 je činnost ZDVOP při Dětské ozdravovně Království vykonávána v nově zrekonstruovaném křídle hlavní budovy. Celé zařízení je bezbariérové. Samotné zařízení je vymezeno tzv. koridorem, který je spojovacím článkem se zadní částí budovy. V koridoru je vybudována jídelna. Z jídelny je vstup na prostornou terasu. Ze spojovací chodby je vstup i do konzultační místnosti psychologa ZDVOP. Zde jsou prováděny konzultace s dětmi či rodiči. Na jídelnu navazuje prostorná společenská místnost, která je vybavena televizí, gaučem, vhodným nábytkem a velkým množstvím hraček. Z této místnosti vede chodba, ze které je umožněn přístup do kanceláře sociálních pracovníků a vedoucí vychovatelky. Dále do pokojů umístěných dětí, kuchyně a pokoje pro přijímání dětí. Na chodbě je rovněž vchod do technické místnosti a sklady. V zařízení jsou oddělené toalety pro návštěvy, děti a pracovníky zařízení. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 25).

V zařízení se nachází celkem 8 pokojů po třech lůžkách, z toho 2 pokoje jsou bezbariérové. Všechny pokoje mají vlastní sociální zařízení a vlastní vstup na společnou terasu. Z pokojů přes terasu je volný vstup na zahradu. Dveře na terasu jsou uzamykatelné. Na pokojích jsou uzamykatelné skříně a noční stolky pro osobní věci. Po dohodě je dětem umožněno vlastní zkrášlení pokoje. Dále na pokojích nalezneme postele, psací stoly, zásuvky na lůžkoviny, židle, lůžkoviny, přehozy přes lůžka, odpadkový koš

a stolní lampičky. Pokoje mají barevnou výmalbu. V areálu zařízení se nachází krytý bazén, sportovní hřiště na míčové hry, lanové hřiště, hřiště s houpačkami, pískoviště a nová vzduchová trampolína. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 26, 27).

Ke stálým zaměstnancům toho zařízení patří paní ředitelka, vedoucí vychovatelka, vychovatelé, dvě sociální pracovnice, psycholog, zdravotní sestra a personál zajišťující běžný chod zařízení. Děti mohou pracovníky oslovovat „teto“, „strejdo“, „pane vychovateli“ nebo „paní vychovatelko“. Nejčastějším důvodem umístění dětí do tohoto zařízení je ztráta bydlení a zanedbání péče o dítě. Děti v zařízení stráví v průměru čtyři měsíce. V poslední době jsou v zařízení více početné sourozenecké skupiny. Děti jsou vedeny ke slušnému chování. Osvojují si základní hygienické a sebeobslužné návyky. Dbá se na dodržování denního režimu a pravidel zařízení. Děti jsou vedeny k pravidelným kontaktům s rodiči, pokud není soudem uvedeno jinak. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 44).

Předškolní vzdělávání dětí je zajišťováno v Mateřském centru v Dětské ozdravovně Království. Předškolní děti s povinnou předškolní docházkou jsou vzdělávány v Mateřské škole Nemojov a v Mateřské škole v Kocbeři. Děti, školního věku navštěvují Základní školu Strž ve Dvoře Králové nad Labem, se kterou má zařízení velmi dobré vztahy. Děti s individuálním vzdělávacím plánem a se sníženou mentální úrovní navštěvují Základní a Praktickou školu ve Dvoře Králové nad Labem. Děti po ukončení základní školní docházky navštěvují střední školy nebo učební obory v blízkosti zařízení ZDVOP. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 37, 38).

Velký důraz je kladen na využití volného času dětí. Podpora volno časových aktivit umístěných dětí je zajišťována pravidelným docházením do kroužků, účastí na různých akcích pořádaných pro děti. Děti umístěné v ZDVOP navštěvují nejčastěji akce pořádané v DDM ve Dvoře Králové nad Labem. I samotné zařízení nabízí dítěti velký výběr činností jako je hudební činnost, výtvarná činnost, rukodělná činnost, sportovní činnost nebo zahradnická činnost. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 39, 40, 41, 42).

Dítě je s dostatečným předstihem připravováno psychologem na ukončení pobytu. Děti z tohoto zařízení nejčastěji odcházejí do dětského domova nebo se vrací zpět do rodiny. V den ukončení pobytu se dítě rozloučí s ostatními dětmi a zaměstnanci. Každé dítě obdrží na rozloučenou malý dárek a sérii fotografií z pobytu v zařízení. (Šklíbová, Zilvarová, 2017, s. 77).

13 KAZUISTIKY

13.1 Kazuistika č. 1

Prvním výzkumným vzorkem bakalářské práce je dívka, ve věku 6 let, která se jmenuje Jana. Janička je se svým mentálním vývojem na úrovni tříletého dítěte. Veškerá péče ze strany rodičů byla dlouhodobě zanedbávána.

Osobní anamnéza

Jana se narodila v roce 2012. Narodila se jako druhé dítě. Těhotenství nebylo plánované. Porod proběhl doma a následně byla převezena i s matkou do nemocnice. Porod byl velmi rychlý a bez komplikací. Jana má vadu řeči a navštěvuje logopeda. Ve čtyřech letech měla zlomenou pravou ruku. O jiných zraněních a vážných nemocech Jany nejsou informace.

Rodinná anamnéza

Jana se narodila do velmi sociálně slabé rodiny. Jana má tři sourozence (Josef 7 let, Tereška 3 roky a Matýšek 16 měsíců). Rodina obývá polorozpadlý statek bez elektřiny, vody a topení. Obytná je pouze jedna velká místnost. Matka ve věku 27 let má základní vzdělání. V současné době je na mateřské dovolené. Nikdy do zaměstnání nenastoupila. Otec ve věku 29 let má nedokončené základní vzdělání. Pracuje na černo a přivydělává si na příležitostných brigádách. Ve zbytku času prý pomáhá manželce v domácnosti. Po požití alkoholu má otec agresivní chování, několikrát napadl manželku i děti. Otec nemá snahu lépe zabezpečit rodinu. Podle něho jsou podmínky, ve kterých vychovává své děti naprosto v pořádku.

Rodiče s dětmi nenavštěvují dětského lékaře a ani zubaře. Nikdy se s dětmi nedostavili na preventivní lékařskou prohlídku. Žádné z dětí není očkováno. Jana a Josef nenavštěvovali mateřskou školu. Rodiče se s Josefem nedostavili k zápisu do první třídy. Do prvního ročníku základního vzdělávání nenastoupil. O nemocech a zraněních rodiny nejsou žádné informace. Kontakt s prarodiči a širší rodinou není.

Školní anamnéza

Před umístěním do ZDVOP Jana nenavštěvovala mateřskou školu. Při pobytu u nás navštěvuje Mateřskou školu v Žirči u Dvora Králové nad Labem, kde se připravuje na školní vzdělávání.

Důvod umístění do zařízení

Rodina byla sledována sociální pracovníci. Na její připomínky, výtky a rady rodiče nereagovali. Jana a její tři sourozenci museli být odebráni rodičům OSPODem. Hlavním důvodem umístění dětí do ZDVOP bylo ohrožení jejich zdravotního stavu i psychického vývoje dětí. Děti byly vychovávány v nevhodných sociálních podmínkách, nebyla jim poskytována ani základní péče, neměly pravidelnou stravu a pitný režim. Dětem nebylo zajištěno vhodné oblečení pro dané roční období. Dalším důvodem byla agresivita otce a jeho závislost na alkoholu. Jana byla do zařízení přijata 7.9.2018.

Stav při přijetí

Při přijetí do zařízení byla Jana plačtivá, smutná a stýskalo se jí po rodičích. Na první pohled bylo vidět, jak moc je zanedbaná. Byla oblečena do špinavého a zapáchajícího oblečení. Byla neupravená, špinavá, vyhublá a hladová. Velmi se styděla a nechtěla s nikým komunikovat. Jediné, co jí utěšilo, byli její sourozenci, kteří byli společně s Janou umístěni do stejného zařízení.

Neměla žádné hygienické a sebeobslužné návyky. Neuměla jíst příborem, jedla jen rukama. Plnohodnotné uvařené jídlo jí nechutnalo, chtěla jíst jen sušenky a suché rohlíky. Nechtěla se koupat, bála se teplé vody. Měla hodně zkažené zuby, které si nikdy před tím nečistila zubním kartáčkem a pastou. Vlasy měla zavšivené. Neuměla správně používat toaletní papír. Nebyla zvyklá s někým komunikovat. Její slovní projev byl velice strohý a nesrozumitelný. Slovní zásoba malá. Nesmyslně pokřikovala. Nechtěla spolupracovat, neustále se ptala, kde jsou rodiče, kdy přijdou.

Velkým problémem pro ni bylo spát v posteli. Z domova byla zvyklá spát na zemi. Nerozlišovala špinavé a čisté prádlo, nechápala, proč se musí ráno a večer převléknout. Nechtěla nosit boty ani venku. Neznala hračky, neuměla si s nimi hrát. Hrou pro ni bylo házení kamenů a klacků. Překvapeně se dívala na televizi, neznala ji. Neuměla držet tužku. Jemná a hrubá motorika byla na špatné úrovni. U žádné aktivity nevydržela.

Do skupinky dětí se nesnažila začlenit. Ostatní děti se jí bály, jak byla hlučná. Bála se jakéhokoli fyzického kontaktu od cizí osoby (pohlazení, objetí). Kontakt navazovala pouze se svými sourozenci. Obdobně na tom byli i její sourozenci.

Problémy a zvláštnosti Jany

Jana je nedostatečně kultivovaná, pasivní a uzavřená. Citově je zanedbaná. Nemá žádné hygienické a sebeobslužné návyky. Není z domu naučena koupat se každý den, čistit si zuby a měnit si oblečení. Má výraznou logopedickou vadu. Špatně se vyjadřuje a často nerozumí tomu, co se po ní chce. Do kolektivu dětí se neumí a ani nechce začlenit. Nikdy nenavštěvovala mateřskou školu. Neměla dostatek podnětů, aby se mohla rozvíjet. Rodiči byla izolována od okolního světa.

Současný stav

Jana byla doočkována potřebná očkování. Osvojila si základní hygienické a obslužné návyky. Umí si vyčistit zuby a používat správně hygienické potřeby (toaletní papír, kapesník, mýdlo a další). Při koupání potřebuje ještě dohled, především při mytí vlasů. V postýlce již spí bez pláče. Ven už nosí boty, ale v zařízení je stále odmítá nosit. Chápe, že ráno a večer se musí převléknout. Rozlišovat špinavé a čisté oblečení se jí moc nedaří. Na přípravu oblečení na další den dohlíží vychovatelé.

Stále se jí stýská po rodičích, pořád se na ně ptá. S vychovateli se snaží spolupracovat, ale kolikrát neví, co se po ní chce. Mnohým slovům nerozumí nebo neví, jak co má udělat. Je jí neustále něco vysvětlováno. S ostatními dětmi si moc nehraje, jen se svým bratrem a sestrou. Hraje si nejvíce s chlapeckými hračkami. Ráda se dívá na pohádky a tancuje. Vychovatelé se snaží Janě postupně doplňovat předškolní vzdělání. Do běžné Mateřské školy nebyla zatím umístěna z důvodu plné kapacity mateřských škol v okolí. Umí barvy, při počítání vynechává čísla, snaží se naučit krátké básničky, grafomotorická cvičení se jí moc nedaří.

Její slovní projev se obohatil o nová slova, ale celkově je strohý. Komunikuje v jednoduchých větách. Pravidelně navštěvuje logopeda a procvičuje výslovnost a obohacování slovní zásoby i s vychovateli. Umí poprosit a poděkovat, někdy ale zapomene.

Má strach z lékařů, které nikdy před tím nenavštěvovala. Rodiče občas navštíví Janu a její sourozence v zařízení. Vhodné podmínky pro výchovu svých dětí však nejsou

schopni zajistit. Jana se svými sourozenci bude umístěna do dětského domova v blízkosti bydliště rodičů, aby je mohli navštěvovat.

Analýza případu

Zanedbávání Jany a jejích sourozenců ze strany rodičů nebylo zřejmě záměrné. V tomto případě se jedná o transgenerační přenos. Nezažili, jak má rodina správně fungovat. Neměli motivaci ke vzdělání, podporu ani lásku. Nenaučili se základním hygienickým a sebeobslužným návykům. Z toho vyplývá, že se neuměli a nevěděli, jak pečovat o své děti.

V rámci svých možností se o Janu a její sourozence starali, jak nejlépe dovedli. Dětem však nebyla zajištěna dostatečná péče a láska. V mnohých situacích nejsou rodiče Jany schopni se postarat ani sami o sebe. Nevědí si rady se zařizováním na úřadech, nezvládnou vyhledat potřebné informace, proto při těchto úkonech potřebují pomoc sociální pracovníce. V zájmu Jany a jejích sourozenců bylo vrátit je zpět do péče rodičů, ale již ze zmiňovaných důvodů to není možné. Rodiče, opravdu nezvládali výchovu a péči o ně i přes veškeré rady.

Proto nejlepším možným řešením je umístění Jany a jejích sourozenců do dětského domova, kde je budou jejich rodiče navštěvovat. Dětem bude zajištěna sociální, psychologická a zdravotní péče. Budou připraveny se po odchodu ze zařízení sami o sebe postarat a začlenit se do společnosti. Vhodným řešením pro rodiče je podání žádosti k pobytu v azylovém domě. Měli by nad sebou dohled pracovníků azylového domu i sociálních pracovníků, kteří jim rádi pomůžou a nasměrují je tím správným směrem. Jana se na rodiče vždy těší, má je moc ráda. Mají mezi sebou silné pouto, které vzniklo v důsledku izolace od okolního světa.

13.2 Kazuistika č. 2

Druhým výzkumným vzorkem bakalářské práce je dívka ve věku 10 let, která se jmenuje Kateřina. Kateřina má rozvedené rodiče. Do výhradní péče byla soudem svěřena matce. Nový manžel matky se vůči Kateřině dlouhodobě dopouštěl fyzického i psychického týrání.

Osobní anamnéza

Kateřina se narodila v roce 2008. Narodila se jako první dítě. Těhotenství bylo plánované. Porod byl komplikovaný. Kateřina byla při porodu přidušena a měla vykloubené nohy v kyčlích. Matka byla několik dní hospitalizována na jednotce intenzivní péče. Matka s Kateřinou musela několik let docházet na rehabilitace. V šesti letech Kateřina utrpěla otřes mozku, když spadla z kola. Prožila i hodně dalších zranění a zlomenin. Matka tvrdila, že jde o úrazy ze sportu.

Rodinná anamnéza

Kateřina se narodila do úplné a funkční rodiny, která byla dostatečně ekonomicky zajištěna. Má sestru Šárku, které jsou čtyři roky. Rodina bydlela ve vlastním domě na okraji města. Otec chodil do práce, snažil se zajistit rodinu. Bohužel neměl dostatek trpělivosti v době, kdy Kateřina musela docházet na rehabilitace. Matka se snažila co nejvíce podílet na zlepšení zdravotního stavu své dcery. Otec neunesl situaci, že je jeho dcera opožděna v oblasti pohybu a požádal o rozvod. Soudem mu byla svěřena do péče dcera Šárka, se kterou se odstěhoval z domu do nového bytu. Od té doby nejeví o Kateřinu žádný zájem, i když uplynulo několik let a zdravotní stav Kateřiny se velmi zlepšil.

Matka si našla nového přítele, za kterého se provdala. Ten se stal nevlastním otcem Kateřiny. Nový manžel matky hodně žárlil na Kateřinu, protože se jí matka věnovala. Kateřinu slovně napadal. Slovní napadání vyústilo až ve fyzické týrání. Matka svou druhou dceru Šárku vídá jen několikrát do roka. Styku brání nový manžel matky. Kontakt se širší rodinou je velice strohý. O vážných nemocech a zraněních rodiny nejsou žádné informace.

Školní anamnéza

Před umístěním do ZDVOP navštěvovala Kateřina běžnou mateřskou školu a poté základní školu v místě svého trvalého bydliště. Mateřskou školu absolvovala s pomocí osobní asistentky. Při pobytu v našem zařízení navštěvuje Základní školu Strž ve Dvoře Králové nad Labem.

Důvod umístění do zařízení

Kateřina byla do ZDVOP přijata na základě žádosti matky. Hlavním důvodem bylo psychické a fyzické týrání Kateřiny ze strany jejího nevlastního otce. Rodinná situace se stala již neúnosnou a matka chtěla zabránit dalšímu týrání své dcery. Týrání trvalo několik let. Matka však našla odvalu se situací něco dělat až teď. Matka se sama začala bát svého nového manžela. Doposud manžela do jisté míry i bránila. Nepovažovala zranění své dcery za vážná, přestože se jednalo i o zlomeniny. Orgán sociálně právní ochrany dětí již dříve informovala paní učitelka Kateřiny, které se nezdálo, aby dívka v jejím věku měla neustále modřiny a různá zranění. Sociální pracovníce navštívily rodinu, kde neshledali žádný problém. Matka celou situaci vysvětlila s tím, že její dcera má modřiny a zranění z důvodu její špatné pohybové koordinace. Kateřina byla do zařízení přijata 15. 11. 2018.

Stav při přijetí

Při přijetí byla Kateřina čistá, upravená a tichá. Přijela v doprovodu své matky. Kateřina nedávala najevo žádné výrazné emoce. Tvářila se nedůvěřivě. Rehabilitace již nejsou potřeba. Chůze a celková pohybová koordinace jsou na dobré úrovni. Hygienické návyky měla osvojené. Zvládla se sama umýt. První koupání však proběhlo za dozoru vychovatele. V tomto případě byly shledány na těle Kateřiny popáleniny, nejspíše od cigaret. Matka byla o této skutečnosti ihned informována. Pravděpodobně se popálenin na těle Kateřiny dopustil její nevlastní otec těsně před odjezdem do ZDVOP. Na základě vyšetření pediatrickým lékařem bylo potvrzeno fyzické týrání.

Obslužné návyky měla Kateřina také osvojeny. Zvládla se bez problému obléknout, najíst a učešat. Při odjezdu matky byla smutná, chtěla odjet s matkou. K vychovatelům se chovala nedůvěřivě. Nechtěla, aby na ni někdo sahal. Odmítala si nechat učešat copánky nebo namazat popálená místa. Bála se pohlazení. Všechno chtěla dělat sama. Byla uzavřená sama do sebe. Moc nechtěla komunikovat. Veškeré povinnosti si však plnila. Slovní zásoba byla dostatečná.

Kateřině byla ihned zajiřtěna psychologická pēce. Při kontaktu s psychologem byla velice ůzkostlivā. Odmítala s nīm komunikovat a stranila se mu. Důvodem bylo, ůe psycholog byl muůského pohlaví. Po svůch pēedeřlůch zkušenostech pēstala naprosto vřem muůům důvěřovat. Proto byla pēedāna do pēce psychologůky. Zprvu nechtěla komunikovat, ale nebāla se. Seděla, poslouchala a někdy se pousmāla. Paní psychologůka postupovala velice opatrně a pomalu. Pouůila metodu, kdy ona i dītē mluví za plyřovou hračku. Po několika sezeních s psychologůkou se potvrdilo podezření na psychické tůrání.

Do kolektivu dētí se Kateřina moc nezačleňovala. Spíše jen seděla a pozorovala, co ostatnī dělají. Hrála si hodně sama. Rāda se koukala na pohādky. Zapojovala se do tanečních chvilek. Tančila sama, ale občas letmům dotykem navāzala kontakt s jinům dītētem. Za ruku se vřak vzít nenechala.

Problēmy a zvlāřnosti Kateřiny

Kateřina je velice tichā, ůzkostnā, lītostivā a uzavřenā do sebe. Bojí se dospělůch osob, a to pēdevřim muůů. Nedāvā najevo emoce. Snaůí se bůt sobēstačnā. Mā ostych poůadat o pomoc. Pokud se jí nēco nepodaří, bojí se to říct. V noci neklidně spí, zdají se jí ořklivé sny, někdy se ve spānku i pomočí. Občas nemá chuť k jídlu, a to pēdevřim ve chvíli, kdy se jí nēco nepodařilo nebo mā ůzkostné stavy. Mā neustāle obavy, aby nēco neudělala řpatně a nāsledně nebyla potrestāna.

Současnů stav

Kateřina si zvykla na pobyt v ZDVOP. Kateřina nadāle navřtěvuje dētřskou psychologůku, se kterou se snaůí spolupracovat. Někdy se jí to daří vīce a někdy mēně. S vychovatelem spolupracuje, ale stāle jsou jí nepřījemné dotyky a pohlazení. Matka svou dceru v zařzení navřtěvuje kaůdů vīkend. Kateřina se na ni vůdy tēří, maluje jí obrāzky a vyrábí drobné dārky. Biologický otec jí doposud nenavřtivil, i pēř řādost dētřské psychologůky a OSPODu. Do kolektivu dētí se zapojila jen čāstečně. Vyhledāvā kontakt s dētmi, ale pēdevřim s mladřimi dīvkami. Hezky si s nimi hraje a snaůí se o nē pečovat a pomāhat jim. ůzkostné stavy stāle pētrvāvají. Při ůzkostech chce bůt sama.

V tēchto pēípadech trāvī hodně řasu na pokoji, kde leůí v posteli a někdy i plāče. Ořklivé sny se jí zdají i nadāle, ale v noci se již nepomočuje. Hezky se jí hojí popāleniny, modřiny a zranění. Velmi řřídka poůadā o pomoc. Jednā se zpravidla o situace, kdy dělā ůkoly do řkoly. Jako řākyně je velice svēdomitā a ve řkole se jí lībī. Ve řkole mā tēměř stejné projevy chování jako v ZDVOP. Začala navřtěvovat krouůek keramiky.

Analýza případu

Zásadní problém nastal, kdy biologický otec neunesl zvýšenou péči o Kateřinu ze strany manželky. Matka se snažila zabezpečit veškerou péči, která by přispěla ke zlepšení zdravotního stavu její dcery. Otec se cítil opomíjen a nesnesl pomyšlení, že jeho dcera má handicap, který měl být jen dočasný při dodržování rehabilitačního plánu. V současné době už Kateřina nemusí docházet na rehabilitace. Matka rozvod a odloučení od mladší dcery nesla velice špatně. Cítila se opuštěná, a proto si našla nového přítele, který se stal i jejím manželem. Věřila, že jí bude oporou a bude ji i s dcerou mít rád. Bohužel její výběr partnera byl špatný. Žárlil na její dceru a začal jí psychicky i fyzicky ubližovat. Týrání se začalo stupňovat. Matka ze strachu, že bude sama, dlouho přehlížela, jak bylo její dceři ubližováno. Nakonec našla odvahu a zajistila pomoc dceři i sobě.

Kateřina během pobytu v zařízení dosáhla jistých pokroků. Začala spolupracovat a komunikovat s dětskou psycholožkou a vychovateli. V mnohých situacích si nechala pomoci. Začala navazovat kontakt s některými dětmi. Mírně se zlepšil i její psychický stav. K maximálnímu možnému zlepšení je však potřeba ještě dlouhodobá psychologická terapie.

Matka vyhledala také odbornou pomoc. Se současným manželem je v rozvodovém řízení. Momentálně bydlí u svých rodičů a do budoucna by si chtěla zajistit nové vlastní bydlení a vzít si Kateřinu zpět do své péče. Dále by chtěla zlepšit svůj vztah s mladší dcerou. Matka s Kateřinou mají šanci nový začátek. Oběma by prospěla společná psychologická terapie. U Kateřiny je důležité, aby začala znovu důvěřovat lidem ve svém okolí a zmírnil se její negativní postoj k mužům. Do budoucna by to mohl být veliký problém při navazování partnerského vztahu. Terapii je důležité zaměřit i tímto směrem. V neposlední řadě by pro Kateřinu bylo dobré obnovit vztah se svým biologickým otcem a zlepšit vztah se svou mladší sestrou. U Kateřiny je velice důležitý komplexní přístup. Určité následky psychického i fyzického týrání zanechají na Kateřině celoživotní stopu.

13.3 Kazuistika č. 3

Třetím výzkumným vzorkem bakalářské práce je chlapec, ve věku 7 let, který se jmenuje Kevin. Kevin trpí obezitou. Má značné výkyvy v chování a je vývojově opožděný. Nerespektuje žádnou autoritu. Má problémy se školní docházkou.

Osobní anamnéza

Kevin se narodil v roce 2011. Narodil se do romské rodiny jako první dítě. Těhotenství nebylo plánované, proběhlo bez větších komplikací a zdravotních problémů. Kevinovi byla před dvěma roky diagnostikována obezita. Trpí alergiemi a astmatem. Mezi prsty u nohou má plíseň. Žádné vážnější úrazy a operace nejsou známy.

Rodinná anamnéza

Kevin se narodil do sociálně slabé rodiny, která byla od samého začátku nefunkční. Kevin má čtyři mladší sourozence (Leon 5 let, Antonio 4 roky, Žaneta 2 roky, a Bryan 4 měsíce). Leon je po operaci srdce. Antonio a Bryan mají pupeční kýlu. Rodina bydlela ve vybydleném bytě společně s dalšími příbuznými. V bytě bylo pouze základní vybavení. Byt působil neútně, stroze a značně zapáchal. Matka ve věku 24 let nemá dokončené základní vzdělání a nikdy nepracovala. Otec ve věku 27 let také nemá dokončené základní vzdělání a příležitostně pracuje jako dělník. Je závislý na alkoholu a cigaretách. Po požití těchto látek má agresivní chování. Rodina je závislá na sociálních dávkách. Rodiče i další členové rodiny chodí krást do supermarketu potraviny, na nádraží vykrádat z automatů na pití peníze a vybírat popelnice. Rodina několikrát bydlela i v azylovém domě, který musela vždy opustit, protože nedodržovala řád domu. Babička dojíždí pravidelně do nemocnice na dialýzu. O dalších nemocech a vážných úrazech nejsou žádné informace.

Rodiče s dětmi navštěvovali lékaře jen zřídka, pouze na žádost lékaře, aby se dostavili na očkování nebo na preventivní prohlídku. Když měly děti rýmu nebo kašel, tak lékaře nevyhledali. Děti nikdy nebyly u zubaře. Rodiče výchovu svých dětí nezvládají. Křik, pláč, hádky a agresivní chování je běžnou záležitostí každého dne. Rodiče nemají snahu zajistit si stabilní zaměstnání a bydlení. I přes veškeré neshody a problémy drží rodina při sobě.

Školní anamnéza

Kevin nikdy nenavštěvoval mateřskou školu. Před umístěním do ZDVOP navštěvoval základní školu v Hradci Králové, ale pouze zřídka. Měl hodně zameškaných hodin. Při pobytu u nás navštěvuje základní školu v Nemojově s menším počtem dětí ve třídě.

Důvod umístění do zařízení

Kevin společně se svými sourozenci byl přijat do zařízení 13. 12. 2018. Hlavním důvodem byla zanedbaná péče ze strany rodičů a ztráta bydlení. Dalším důvodem byly neomluvené hodiny ve škole. Děti byly přijaty do ZDVOP na základě rozhodnutí OSPODu, který dlouhodobě rodinu sledoval a docházel k ní na kontroly. Děti byly značně zanedbány především po stránce sociální a psychické. Kevin i přes svůj nízký věk se po večerech potuloval po ulicích. Rodiče byli pro děti špatným vzorem. Učili je krást a děti musely být svědky neustálých hádek. Dětem byla zajištěna pouze jednotvárná strava, a to v podobě jogurtů, rohlíků, sušenek a knedlíků. Rodiče děti k ničemu nevedli, děti si mohly dělat co chtěly a kdy chtěly.

Stav při přijetí

Kevin při přijetí do ZDVOP značně zapáchal močí a kouřem z cigaret. Byl plačtivý. Nechtěl v zařízení být, chtěl zpátky za rodiči. I přes chladné počasí měl na sobě lehkou mikinu a tenisky. Na první pohled bylo viditelné, jak je zanedbaný. Nechtěl komunikovat a zapojovat se do činností spojených s přijetím do zařízení. Až po dlouhém vysvětlování a přemlouvání se nechal vykoupat. Nehty měl dlouhé a špinavé. Vlasy byly spleené a zavšivené. Z důvodu obezity mu byla paní doktorkou nařízena dieta.

Dostal nové oblečení, které se mu líbilo, ale ihned rozkousal rukáv od trika. Hygienické a sebeobslužné návyky téměř neměl osvojené. Nemyl si ruce po toaletě, před jídlem ani při příchodu z venku. Sám se neuměl namydřit a umýt žínkou. V nedostatečné míře používal toaletní papír. Zuby si čistil, ale špatně. Zubní pastu spíše polykal, protože byla sladká a chutnala mu. Při jídle používal pouze lžíci, Jídlo, které mu nechutnalo, odhazoval na podlahu. Nechtěl jíst ovoce a zeleninu. Čaj mu také moc nechutnal, z domova byl zvyklý na limonádu. Obdobně na to byli i jeho mladší sourozenci.

Kevin se moc neuměl sám obléknout a zavázat si tkaničky. Nerozlišoval pravou a levou botu. Nebyl zvyklý si každý den měnit spodní prádlo. Měl náhlé výkyvy chování. Byl velice hlučný. S ostatními dětmi ihned začal navazovat kontakt. Při hře ničil hračky,

především autíčka, kterým ulamoval kolečka. Běhal po gauči a neustále něco pokřikoval. Jeho slovní zásoba byla chudá. Hodně používal romská slovní spojení. Se sourozenci si moc nehrál, spíše si navzájem ubližovali. Kopali se a plivali po sobě. Sourozence neoslovoval jménem, ale „holko“ a „kluku“. Kevinovi byla zajištěna psychologická péče. Nechápal, kdo je pan psycholog a proč má k němu chodit.

O všem, co se mu líbilo, říkal, že je to jeho. Rád zpíval romské písně. U pohybových aktivit moc dlouho nesetrval. Neustále ho bolely nohy a chtěl odpočívat. Nejraději se koukal na televizi. Ve znalostech měl značné mezery. Neuměl počítat. Nerozlišoval číslice do pěti. Špatně držel tužku a tlačil na ní. Pletl si písmenka a neuměl slabikovat.

Problémy a zvláštnosti Kevina

Kevin trpí obezitou, která je zapříčiněna špatnými stravovacími návyky. Nemá téměř osvojené hygienické a sebeobslužné návyky. Má náhlé výkyvy chování a nehezký vztah k sourozencům. Jeho slovní zásoba je chudá. Pokud nezná české slovo, nahradí ho romským a naopak. Znalosti má vzhledem ke svému věku nedostačující. Do kolektivu dětí se snaží začleňovat, ale děti ho moc nepřijímají. Má tendenci si přivlastňovat věci, které nejsou jeho.

Současný stav

Kevin si částečně zvykl na pobyt v zařízení. Hodně mluví o svých rodičích a rád jim večer volá. Rodiče pouze zajímá, co mají děti k jídlu a zda nebrečí. Na návštěvu doposud nepřileji. Kevinovi neustále slibují, že už brzy půjde i se svými sourozenci domů a co všechno mu koupí. Pod neustálým dohledem si Kevin začíná osvojovat a prohlubovat základní hygienické návyky. Na koupání se vždy těší. Momentálně nemá žádné vší a je pravidelně stříhán. Snaží si sám chystat čisté oblečení na druhý den. Přestal kousat a trhat rukávy od triček. Skládání oblečení a stlaní postele se mu stále moc nedaří. Při oblékání udělal značný pokrok, zvládne se rychleji obléknout a nezapomene na žádný kus oblečení. Zavazování bot stále trénuje. Nerozumí tomu, že se do školy nosí jiné oblečení než na doma a venku.

Jídlo, které mu nechutná již nepohazujeme po zemi, ale odnese ho na talíři na vozík se špinavým nádobím. Ovoce a zelenina mu stále nechutná. Na dietu si postupně zvyká, ale chybí mu sladkosti a sladké pití. Někdy je obtížné mu vysvětlit, že už si přidat znovu nemůže. Stále nezná míru sytosti, rád by se přejídal. Do školy chodí rád a líbí se

mu tam. Třída s menším počtem dětí mu prospívá. Paní učitelka se mu může více individuálně věnovat. Kevinovo zlepšení ve školních dovednostech je mírné a pozvolné. Neustále s ním procvičuje a opakuje i nad rámec domácích úkolů. Snaží se vyjadřovat více ve větách, avšak stále používá romská slova.

Při hře má ještě momenty, kdy se projevuje více hlučněji než ostatní děti. Se sourozenci si i nadále navzájem ubližují, a to především při hře. Vychovatele uposlechně až na podruhé nebo napotřetí. S Kevinem jsou prováděna dechová cvičení pro zlepšení astmatu. Na vycházkách si stále stěžuje, že ho bolí nohy. Nechápe, že pohyb je pro něho prospěšný.

Analýza případu

Kevinova nedocházka do školy, opožděný vývoj, obezita a celkový špatný zdravotní stav byl způsoben zanedbanou péčí ze strany rodičů. Jeho rodiče upřednostňují jiný životní styl než většina našich spoluobčanů, což je způsobeno vyznáváním jiné kultury a hodnot. Kevin potřebuje důslednou výchovu a pevně stanovený režim. Pobyt v ZDVOP je pro něho určitě přínosem. Osvojil si základní hygienické a sebeobslužné návyky. Naučil se základům slušného chování. Po velmi malých krůčcích dochází k celkovému zlepšení jeho vývoje. S největší pravděpodobností bude umístěn i se svými čtyřmi sourozenci do dětského domova, kde i nadále bude docházet k dalším pokrokům. V případě navrácení Kevina do rodiny lze očekávat zastavení posunu ve vývoji.

Už nyní je zřejmé, že předchozí výchova biologických rodičů zanechá na Kevinovi negativní stopy. Nesprávné návyky chování od útlého dětství se odbourávají velmi špatně. Tendence osvojovat si věci, které mu nepatří budou s největší pravděpodobností i nadále přetrvávat. Vzhledem ke špatným školním výsledkům je pravděpodobné, že dokončí pouze základní školu. V dospělosti hrozí riziko transgeneračního přenosu, a to i v případě, že bude vychováván v dětském domově. Obyvatelé romského původu mají sklony se neustále sdružovat a žít v komunitách.

13.4 Kazuistika č. 4

Čtvrtým výzkumným vzorkem bakalářské práce je dívka ve věku 11 let, která se jmenuje Michaela. Michaela byla zneužívána svým strýcem z otcovy strany. Michaela trpí vážnými psychickými problémy.

Osobní anamnéza

Michaela se na narodila v roce 2008. Narodila se jako první dítě. Těhotenství bylo plánované. Porod proběhl bez komplikací. Po porodu strávila Michaela několik dní v inkubátoru, protože se na narodila předčasně. Michaela má alergii na mléko a na ořechy. V sedmi letech jí bylo odoperováno slepé střevo. Několikrát měla naraženou ruku nebo nohu v důsledku sportovní gymnastiky. Dvakrát měla zlomenou pravou ruku. O případných jiných zraněních a vážných nemocech nejsou informace známy.

Rodinná anamnéza

Michaela se narodila do úplné, funkční a dobře ekonomicky situované rodiny. Nemá žádné sourozence. Rodina bydlí ve velikém domě na vesnici nedaleko města. Matka ve věku 37 let má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako vedoucí pobočky jedné banky. Otec ve věku 39 let má vysokoškolské vzdělání. Pracuje jako státní zástupce. Rodiče nikdy neměli mezi sebou závažné problémy. Nejsou závislí na návykových látkách a nevykazují agresivní chování. Dceři se vždy snažili zajistit maximální péči. Rodiče kladou veliký důraz na vzdělání a sportovní výkony své dcery ve sportovní gymnastice. Rodiče jsou velice pracovně vytížení, a proto jim na dceru nezbyvá dostatek času. Hodně času tráví Michaela na kroužkách nebo ji hlídají prarodiče, se kterými má výborný vztah.

Pokud nemohou Michaelu hlídat prarodiče, tak ji hlídá její strýc z otcovy strany. Ten měl vždy k Michaela kladný vztah, protože vlastní rodinu nemá, je rozvedený. Po rozvodu trpěl depresemi a byl v péči psychiatra. Když Michaela začala dospívat, tak se o ni začal více zajímat. Bral ji na výlety, do divadla a jezdil s ní na soutěže, pokud rodiče nemohli. Jeho ochota ve snaze pomoci se změnila v záměr trávit s Michaelou co nejvíce více času. Nevinné pohlazení a poklepání na ramenou po soutěžním výkonu se stupňovalo, až došlo na pohlavní zneužívání, které trvalo necelý rok. O nemocech a zraněních rodiny nejsou žádné informace.

Školní anamnéza

V předškolním věku navštěvovala jazykovou mateřskou školu. Před umístěním do ZDVOP navštěvovala soukromou základní školu. Při pobytu u nás dochází do Základní školy Strž ve Dvoře Králové nad Labem. Michaela měla vždy výborné školní výsledky. I v současné době jsou její znalosti na velmi dobré úrovni.

Důvod umístění do zařízení

Michaela byla do zařízení přijata na žádost otce dne 28. 9. 2017. Hlavním důvodem bylo pohlavní zneužívání, kterého se dopouštěl na Michaelu její strýc. Michaela zneužívání snášela téměř rok. Jisté změny v chování zaznamenala její třídní učitelka, která informovala rodiče. Ve škole se zhoršil její prospěch, byla neustále smutná, hleděla z okna a do kolektivu se moc nezapojovala, jak tomu bylo doposud. Rodiče na změny v chování jejich dcery nekladli veliký důraz. Vysvětlovali si to tím, že je unavená z častých a intenzivních tréninků. Zarážející pro ně bylo až, když Michaela přestala chtít jezdit na soutěže, které měla natolik ráda. Rodiče se snažili situaci řešit až když byla Michaela zamyšlená a smutná i doma. Přestávala jíst a nevodila si domů kamarády. Rodiče se domnívali, že jde o šikanu. Snažili si s Michaelou promluvit o tom, co ji trápí, ale Michaela nic neřekla.

Jednou se však svěřila své starší kamarádce o svých strašných zážitcích. Ta vše bez váhání řekla své matce, která ihned informovala rodiče Michaely. Doma Michaela ze strachu vše popřela. Na žádost rodičů podstoupila gynekologické vyšetření, které potvrdilo pohlavní zneužívání. Rodiče chtěli celou situaci řešit, ale Michaela to odmítala. Proto se nakonec rozhodli ji umístit do ZDVOP. Rodiče si celou situaci dávají za vinu.

Stav při přijetí

Při přijetí do zařízení měla Michaela sklopenou hlavu a byla velice tichá. Byla čistě oblečena a celkově působila velmi upraveně. Dovezla si sebou hodně věcí, především oblečení. Pokud se jí někdo na něco zeptal, tak odpověděla, ale sama od sebe nekomunikovala. S hygienickými a sebeobslužnými návyky neměla žádný problém. Péči o sebe zvládala na vysoké úrovni. Velice dbala o svůj zevnějšek. S vychovateli spolupracovala a plnila si své povinnosti. Jídlo jí nechutnalo, odmítala jíst. Hrozila u ní mentální anorexie. Hodně času trávila na pokoji, kde ležela a hleděla do stropu. Z ničeho neměla radost. Přestala trénovat a nechtěla se přihlásit na žádné soutěže ve sportovní gymnastice. Hodně si četla knížky. Neměla ráda, když se jí někdo dotýkal. Stranila se

situacím, kdy měla být sama v přítomnosti dospělé osoby. Kreslila pochmurné obrázky. Byla pod neustálým dohledem, aby se nezačala sebepoškozovat. V noci se budila ze spaní a zdálo se jí ošklivé sny.

Do kolektivu ostatních dětí se nezačleňovala. Neprojevovovala téměř žádné emoce. Ve škole byla ve většině případů hodnocena dobře, výjimečně chvalitebně nebo výborně. Byla předána do péče psychologa, se kterým o pohlavním zneužívání nechtěla mluvit. Při setkáních s ním seděla se sklopenou hlavou a byla ticho. S rodiči odmítala komunikovat. Dávala jim za vinu, čím si musela projít.

Problémy a zvláštnosti Michaely

Michaela byla téměř rok pohlavně zneužívána svým strýcem. To mělo negativní dopad na její psychický a zdravotní stav. Michaela odmítá jíst a ocitá se na hranici mentální anorexie. V důsledku zneužívání se zhoršil i její prospěch ve škole. Přestala se věnovat svým koníčkům. Izoluje se od vrstevníků. Komunikuje pouze na vyzvání. Je uzavřená sama do sebe. Vyhýbá se kontaktu s dospělými osobami. Odmítá pohazení a jakékoli doteky. Ke všemu zaujímá negativní postoj.

Současný stav

Jana chodí na pravidelná sezení k psychologovi. O pohlavním zneužívání, kterým si prošla se jí mluví velmi těžko, ale snaží se. S psychologem řeší i aktuální vztah s rodiči. Rodinnou terapii ovšem podstoupit nechce. Nejraději by na tento hrůzný zážitek zapoměla. Její projevy chování jsou stále bez větších emocí. I nadále je hodně tichá a uzavřená do sebe. Pokroky udělala v příjmu potravy. Od přijetí do zařízení přibrala několik kil. Ve škole se jí začalo lépe dařit. Paní učitelka ji chválí. Při hodinách dává větší pozor a se spolužáky začala komunikovat, alespoň při spolupráci na různých projektech. Přestala trávit veškerý čas na pokoji a začala se s dětmi dívat společně na televizi a jezdit na výlety. Do skupiny dětí v zařízení se však začlenit nechce. Fyzický kontakt jí stále vadí. Nemá sklony k sebepoškozování.

Ke sportovní gymnastice se už nechce vrátit, protože při pomýšlení na ni se jí vracejí ošklivé vzpomínky na pohlavní zneužívání. Našla zalíbení a útěchu v kresbě. Vyslovila přání, že by chtěla navštěvovat výtvarný kroužek. S vychovateli i nadále spolupracuje. Občas s nimi naváže kontakt sama od sebe, ale stále si drží jistý odstup. V noci spí klidněji, budí se jen zřídka. Ošklivé sny se jí občas stále zdají. Její stav se lepší, ale po velmi malých krůčcích.

Vztah s rodiči je pořád velmi narušený. Rodiče se snaží za ní jezdit každý víkend a volat jí každý den, ale Michaela s nimi jakýkoli kontakt stále odmítá. Snaží se však navázat kontakt se svou nejlepší kamarádkou z gymnastiky, které se i předtím svěřila se svým problémem. Přála by si, aby za ní přijela na návštěvu do zařízení. S prarodiči kontakt udržuje. Občas si zavolají a několikrát se za ní byli podívat.

Analýza případu

Důvodem umístění Michaely do ZDVOP bylo pohlavní zneužívání ze strany strýce. Pohlavní zneužívání zapříčinilo zhoršení psychického stavu Michaely, což se projevilo i ve zhoršení prospěchu ve škole. Michaela se uzavřela do sebe a přestala komunikovat s okolím. V noci se strachy budila a měla ošklivé sny. Stranila se dospělým i vrstevníkům.

Správným krokem ze strany otce bylo umístit Michaelu do ZDVOP. Dostalo se jí odborné psychologické péče, kterou nezbytně potřebovala. Její psychický stav se pomaličku zlepšuje, ale nějaké následky si sebou ponese po celý život. Je otázkou, do jaké míry ovlivní Michaelu pohlavní zneužívání do budoucna. Hrozí problém při navazování partnerských vztahů. Michaela prospěla, když skončila s moderní gymnastikou a začala se zajímat o kresbu. Její rodiče sami od sebe odstoupili od nároků, které po dceři vyžadovali. Michaela a jejím rodičům byla doporučena rodinná terapie, kterou prozatím Michaela odmítá. Rodiče jsou ochotni jakkoli dceři pomoci, ale ta je přes veškeré úsilí odmítá. Snahou psychologa i sociálních pracovníků je, aby Michaela zvládla návrat zpět k rodičům. Ovšem může nastat situace, že se Michaela nebude chtít vrátit do péče rodičů nikdy. V tomto případě by mohl soud rozhodnout, aby byla Michaela svěřena do péče prarodičů. V současné situaci se toto řešení jeví jako nejvhodnější. Během doby, kdy by byla svěřena do péče prarodičů by i nadále navštěvovala psychologa, se kterým by pozvolna dále pracovala na obnovení vztahu s rodiči.

14 SHRnutí

Cílem praktické části bakalářské práce bylo získat informace ohledně dětí zasažených syndromem CAN, které byly umístěny do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království. Všechny čtyři kazuistiky detailně rozebraly případy dětí zasažených syndromem CAN. Hlavní cíl praktické části bakalářské práce byl tedy naplněn. Stanovené dílčí cíle praktické části bakalářské práce se také podařilo naplnit a objasnit.

Pozorování potvrdilo u Jany a Kevina, že zanedbávání ze strany jejich rodičů bylo z velké části způsobeno transgeneračním přenosem. U Michaely se potvrdilo, že sexuálního zneužívání se nejčastěji dopouštějí osoby psychicky nemocné, v příbuzenském vztahu a mužského pohlaví. U Kateřiny se prokázalo, že děti týrané jsou uzavřené, úzkostné, tiché a bojí se někomu se svým problémem svěřit. Především u Jany a Kevina bylo zjištěno, že k rodičům mají velmi kladný vztah, i přesto, že je rodiče dlouhodobě zanedbávali. Vždy se těší na jejich návštěvu nebo telefonní rozhovor. V případě Michaely je vztah k rodičům komplikovanější. Dává jim zavinu, že byla sexuálně zneužívána svým strýcem a odmítá s nimi jakýkoli kontakt. Kateřina kontakt s matkou udržuje a těší se na ni, ale odmítá se vrátit do domu, kde ji nevlastní otec psychicky i fyzicky týral. Matka chce zajistit pro sebe a dceru nové bydlení.

Ze všech čtyř respondentů je Michaela nejvíce zasažena v oblasti psychického vývoje. Michaela odmítala jíst, ocitla se na hranici mentální anorexie a ke všemu měla negativní postoj. V oblasti sociálního vývoje zanechal syndrom CAN nejhorší následky na Janě a Kevinovi, kteří nebyli schopni téměř žádných hygienických a sebeobslužných návyků. U Jany byl největší problém používat zubní kartáček, toaletní papír a chodit obuta. V současné době chodí v obuvi pouze venku, nikoli doma. Kevin má značné výkyvy v chování a pokud mu něco nechutnalo, tak to odhazoval na podlahu. Kateřina a Michaela měli sebeobslužné a hygienické návyky na dobré úrovni.

V oblasti vzdělávacího vývoje je opět nejvíce zasažena Jana a Kevin. Oba mají značné vady řeči a jejich mentální úroveň neodpovídá jejich věku. Kevin nerozlišuje písmena a číslice. Má problém s početními operacemi a s psaním. Jana neznala barvy, básničky, písničky a celkově nesplňovala požadavky kladené na předškoláka. Kateřina

měla dobré školní výsledky. U Michaely došlo ke zhoršení prospěchu v důsledku sexuálního zneužívání.

Ukázalo se, že děti zanedbávané nemají nastavena žádná pravidla a hranice. Tento fakt se projevil u Jany a Kevina, kteří neposlouchali a dělali si co chtěli. Především skákali na gauči, házeli hračkami, byli hluční a nebrali ohled na ostatní děti. Naplnilo se očekávání, že většina dětí zasažených syndromem CAN strádá po zdravotní stránce. Kevin trpí obezitou a má velice zkažené zuby. Jana nebyla nikdy u lékaře. Veškerá očkování a prohlídky byly provedeny dodatečně po umístění do zařízení. Kateřina měla značné pohmožděny, modřiny a neošetřené popáleniny na jednotlivých částech těla. Michaela měla otoky a odřeniny v oblasti třísel v důsledku sexuálního zneužívání.

Podařilo se zjistit, že u dětí týraných, zneužívaných nebo zanedbávaných jsou značné rozdíly v navazování vztahů s vrstevníky. Kevin se od začátku snažil do skupiny vrstevníků začlenit, ale ti ho nepřijímali, protože byl hlučný a bral jim hračky. Jana a Michala se do skupiny dětí odmítaly zapojit. Jana navazovala kontakt pouze se svými sourozenci. Kateřina se také odmítala začlenit do skupiny vrstevníků, ale vyhledávala kontakt s malými dětmi.

Prokázalo se, že děti zasažené syndromem CAN mají obtíže v začleňování do běžné společnosti. Všichni čtyři respondenti měli problém navázat kontakt s vychovateli a ostatními zaměstnanci zařízení. Tento problém se přenesl i do školských zařízeních. K odbourání tohoto problému dětem pomáhá psycholog a vychovatelé, kteří se snaží zmírňovat následky syndromu CAN a ukázat jim co je správné a co není.

Prokázalo se, že pobyt pro tyto čtyři respondenty v ZDVOP při Dětské ozdravovně Království byl přínosem, a že dosahují značného zlepšení ve všech složkách vývoje. Jana si osvojila základní hygienické a sebeobslužné návyky. Slovní projev si obohatila o nová slova. Projevuje se méně hlučněji. Postupně jí je doplňováno předškolní vzdělání. Kateřina spolupracuje s psychologkou, kterou zprvu odmítala. S vychovateli spolupracuje, ale kontakt sama od sebe nevyhledává. Přestala se pomočovat. Úzkostné stavy i nadále přetrvávají. Kevin si prohloubil hygienické a sebeobslužné návyky. Jídlo již nepohazuje po zemi a začal si zvykat na dietu. Došlo k mírnému zlepšení ve škole. Michaela začala spolupracovat s psychologem. Ve škole se jí opět daří. Stále jí ale vadí fyzický kontakt. Vztah s rodiči je dlouhodobě narušen. Nadále si drží jistý odstup od dospělých osob.

Z kazuistik vyplývá, že každé dítě zasažené syndromem CAN v mladším školním věku reaguje na danou situaci jinak a potýká se s odlišnými následky, které ho zasahují v různé míře.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje dětem zasaženým syndromem CAN v mladším školním věku, které byly umístěny do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se snaží obecně přiblížit problematiku syndromu CAN. Vymezuje pojem syndrom CAN a jeho vývoj ve světě a u nás. Seznamuje čtenáře s formami, znaky, příčinami, následky, rizikový faktory, rizikovými situacemi a prevencí syndromu CAN. Následně se věnuje diagnostice, léčbě a legislativě týkající se syndromu CAN. Dále charakterizuje dětskou ozdravovnu a Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Cílem bakalářské práce bylo vymezit pojem syndrom CAN a pojmy s ním spojené. Poukázat na význam Dětské ozdravovny Království se Zařízením pro děti vyžadující okamžitou pomoc v životě dítěte, které je ohroženo syndromem CAN.

Z teoretické části vyplývá, že se na dětech jednání způsobujícího vznik syndromu CAN nejčastěji dopouští rodinní příslušníci, osoby mužského pohlaví, jedinci závislí na návykových látkách, osoby ze sociálně slabého prostředí, s nízkým vzděláním, osoby psychicky nemocné a mentálně postižené. Za hlavní následky syndromu CAN se u dětí prokázalo antisociální chování, pomočování, záškoláctví, zhoršení prospěchu, úzkost, plachost, vada řeči, opožděný vývoj, porucha příjmu potravy, sebevražedné sklony, popáleniny, pocity viny a užívání návykových látek. I přes nepřeberné množství institucí, zákonů a vyhlášek, které mají tyto děti chránit se stále setkáváme s případy týrání, zneužívání nebo zanedbávání, které nejsou odhaleny.

V rámci teoretické části se podařilo naplnit první část stanoveného cíle. Druhá část stanoveného cíle byla naplněna v praktické části bakalářské práce, která plynule navazuje na teoretickou část bakalářské práce.

Praktická část bakalářské práce charakterizuje Dětskou ozdravovnu Království a Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které je její součástí. Popisuje fungování obou zařízení a přibližuje jejich význam. Cílem praktické části bylo získat informace ohledně dětí zasažených syndromem CAN, které byly umístěny do Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království. Tento cíl se podařilo

naplnit prostřednictvím čtyř kazuistik dětí mladšího školního věku a analýzou osobních dokumentů.

Děti do zařízení přichází z rodin sociálně slabých nebo naopak dobře ekonomicky situovaných. Přímé pozorování bylo zaměřeno na splnění stanoveného cíle a dílčích cílů. Samotné pozorování ukázalo, že většina těchto dětí má problém navazovat vztahy s vrstevníky a ostatními dětmi. Dlouho dobu pouze pozorují a hrají si paralelně. V jiném případě se sice snaží dítě ihned začlenit do kolektivu, ale ostatní děti ho nepřijímají, protože se ho bojí nebo je příliš odlišné. Dále vyšlo najevo, že tyto děti mají potíže při navazování vztahů s dospělými lidmi a obtížně se zařazují do společnosti. Mají veliký problém respektovat stanovená pravidla. Snahou všech odborníků je těmto dětem pomoci a v co maximální možné míře je začlenit do společnosti. Prokázalo se, že většina dětí zasažených syndromem CAN má nízkou úroveň hygienických a sebeobslužných návyků. Celková úroveň vývoje mnohdy neodpovídá jejich věku. Některé děti jsou natolik zanedbané, že se bojí vody, používání hygienických potřeb nebo jedí pouze rukama.

I přesto, že se rodiče na nich dopouštěli týrání, zneužívání, nebo zanedbání, tak velká většina těchto dětí je nekriticky miluje. Syndrom CAN zanechal na dětech následky v oblasti sociálního, psychického, výchovného, vzdělávacího a zdravotního vývoje. U každého dítěte mají tyto následky jinou hloubku. Některé oblasti vývoje jsou zasaženy více a některé méně. Vždy záleží na věku dítěte, pohlaví, formě syndromu CAN, délce trvání, a především na psychickém rozpoložení dítěte. Všem dětem umístěným do ZDVOP při Dětské ozdravovně Království je poskytnuta psychologická pomoc. Jsou děti, které tuto pomoc odmítají, ale po čase začnou spolupracovat. Během přímého pozorování se prokázalo, jak je důležitá trpělivost a individuální přístup ke každému dítěti. Každé dítě potřebuje jinak dlouhou dobu, aby se aklimatizovalo v novém prostředí a pochopilo, že už mu nikdo nebude jakkoli ubližovat, ale naopak se mu snaží všichni pomoci.

Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království má pro dítě zasažené syndromem obrovský význam. Díky tomuto zařízení má dítě šanci na zmírnění následků syndromu CAN a zařazení v určité míře do společnosti.

Vzhledem k aktuálnosti tématu a přibývajících ekonomických, sociálních a zdravotních problémů rodin je dost pravděpodobné, že dětí zasažených syndromem CAN bude i nadále přibývat. Proto je nezbytně nutné, aby široká veřejnost vnímala odlišnosti v chování těchto dětí a snažila se jim pomoci. S ohledem na přibývajícím počet týraných,

zneužívaných nebo zanedbávaných dětí je důležité vybudovat další zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, protože právě tato zařízení poskytnou dětem ohroženým syndromem CAN podpůrnou péči a dávají jim šanci navrátit se zpět do své biologické rodiny. Umístěním dítěte do tohoto typu zařízení mají zákonní zástupci možnost vyřešit své stávající problémy. Zákonným zástupcům je nabídnuta sociální, lékařská, psychologická a ekonomická pomoc prostřednictvím sociálních pracovníků. Po zdárném vyřešení problému a uplynutí nezbytně nutné doby si mohou zákonní zástupci vzít své dítě zpět do výhradní péče, pokud to OSPOD uzná za vhodné. Cílem těchto zařízení je navrátit dítě zpět do biologické rodiny, pokud je to jen trochu možné a nemuselo být umístěno do ústavní výchovy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BARVÍKOVÁ, Jana, Jana PALONCYOVÁ a Jana MACHOVÁ, 2012. *Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc - umísťování dětí, podmínky péče o děti, financování provozu*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-100-1.
- BŮŽEK, Antonín a Jan MICHALÍK, 2000. *Informatorium (nejen) o právech dítěte se zřetelem k otázkám výchovy a vzdělávání*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého. ISBN 80-244-0054-5.
- DAVID, Roman, 1999. *Práva dítěte: úmluva o právech dítěte a její charakteristika: mezinárodní ochrana práv dítěte a některé další dokumenty: rodina a základy rodinného práva*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc. ISBN 80-7182-076-8.
- DUNOVSKÝ, Jiří, Miroslav MITLÖHNER, Karel HEJČ a Jaroslava HANUŠOVÁ-TLAČILOVÁ, 2005. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1201-6.
- DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRICH, Zdeněk MATĚJČEK a kol, 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-192-5.
- FISCHER, Slavomil, 2006. *Sociální patologie: propedeutika*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. ISBN 80-70-44-812-1.
- GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
- HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, 2005. *Pedagogicko-psychologické poradenství I: vybrané problémy*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7290-215-6.
- HANUŠOVÁ, Jaroslava, 2006. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.

- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2004. *Manuálek o násilí*. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-397-x.
- HORÁKOVÁ, Jana a kol. 2017. *Standardy Dětské ozdravovny Království*. ISBN neuvedeno. (interní materiál zařízení).
- KLÍMA, Karel. *Ústavní právo*, 2006. 3., rozš. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. Právnické učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk). ISBN 80-7380-000-4.
- KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ, 2010. *Sociální patologie*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-080-1.
- KREJČÍ, Oskar, 2011. *Lidská práva*. Praha: Professional Publishing. ISBN 978-80-7431-056-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, ed, 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1242-3.
- NOVOTNÁ, Věra a Vladimír FEJT, 2009. *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 9788086723778.
- NOVOTNÝ, Petr, 2014. *Nový občanský zákoník*. Praha: Grada. Právo pro každého (Grada). ISBN 978-80-247-5167-2.
- PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK, 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5695-0.
- PÖTHE, Petr, 1999. *Dítě v ohrožení*. 2. rozš. vyd. Praha: G plus G. Zde a nyní. ISBN 80-86103-21-8.
- PŘINOSILOVÁ, Dagmar, 2007. *Diagnostika ve speciální pedagogice: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 9788073151423.
- SLANÝ, Jaroslav, 2008. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.

SMUTKOVÁ, Lucie, 2007. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-069-1.

ŠKLÍBOVÁ, Michaela a Vladimíra ZILVAROVÁ, 2017. *Standardy Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc při Dětské ozdravovně Království*. ISBN neuvedeno. (interní materiál zařízení).

ŠVARCOVÁ, Eva, 2009. *Vybrané kapitoly z etopedie a sociální patologie: učební text*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-959-5.

Trestní předpisy: redakční uzávěrka. Ostrava: Sagit, 2010-. ÚZ. ISBN 978-80-7488-219-7.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VANÍČKOVÁ, Eva, 2007. *Dětská prostituce*. 2., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2218-4.

VANÍČKOVÁ, Eva, 2012. *Prevence násilí ve výchově dětí: příručka pro rodiče*. V Praze: UK - 3. LF. ISBN 978-80-260-2673-0.

VANÍČKOVÁ, Eva, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Hana PROVAZNÍKOVÁ, 1995. *Násilí v rodině: syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-008-4.

WEISS, Petr, 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.

SEZNAM ZKRATEK

CAN	Child Abuse and Neglect
DDM	Dům dětí a mládeže
OSN	Organizace spojených národů
OSPOD	Orgán sociálně právní ochrany dětí
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Dlouhá

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Dítě se syndromem CAN v Dětské ozdravovně

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 57

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 30

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.