



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální práce se syndromem CAN

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Denisa Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Ingrid Baloun, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Sociální práce se syndromem CAN*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8.8. 2023

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Ingrid Baloun Ph.D. za cenné rady, ochotu, přístup, připomínky a odborné vedení, které mi při zpracování mé bakalářské práce poskytla. Velké poděkování také patří mé rodině a přátelům za podporu během mého studia.

Sociální práce se syndromem CAN

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na téma Sociální práce se syndromem CAN – syndrom zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte. Cílem práce je zjistit, jak pracují sociální pracovníci se syndromem CAN – syndrom zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte.

Výzkumná část byla zpracována kvalitativním šetřením a uskutečněna polostrukturovanými rozhovory s 11 komunikačními partnery, kterými byly sociální pracovníci v dětských domovech, na orgánu sociálně – právní ochrany dětí a v krizovém centru v České republice. Komunikační partneři, které jsem si záměrně vybrala, splnili všechna kritéria pro výzkumný soubor, aby byl shodný s intencí mé bakalářské práce.

Data, která jsem získala, byla zpracována pomocí otevřeného kódování a kódy jsem rozdělila do určitých kategorií. V praktické části bakalářské práce bylo zjištěno, že ve většině případů pochází děti se syndromem CAN ze sociálně slabších rodin. Také z rodin, kde se vyskytuje závislost na alkoholu, drogách a mnohdy i automatech nebo počítačových hrách a dále, jak se odlišuje práce sociálních pracovníků v dětských domovech, v krizovém centru a na orgánu sociálně – právní ochrany dětí.

Přínosem bakalářské práce je, aby dnešní společnost získala znalost problematiky syndromu CAN – syndrom zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte.

Bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací o dané problematice pro veřejnost a také pro sociální pracovníky v organizacích, kde se setkávají se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte.

Klíčová slova

Syndrom CAN; zanedbávání; týrání; zneužívání; dítě

Social work with CAN syndrome

Abstract

The bachelor's thesis focuses on the topic of Social work with CAN syndrome - the syndrome of a neglected, abused and abused child. The aim of the thesis is to find out how social workers work with CAN syndrome - the syndrome of a neglected, abused and abused child.

The research part was processed through a qualitative investigation and carried out through semi-structured interviews with 11 communication partners, who were social workers in children's homes, at the social and legal protection of children and in a crisis center in the Czech Republic. The communication partners that I deliberately chose met all the criteria for a research set to be consistent with the intention of my bachelor's thesis.

The data I obtained was processed using open coding and I divided the codes into certain categories. In the practical part of the bachelor thesis, it was found that in most cases children with CAN syndrome come from socially weaker families. Also from families where there is an addiction to alcohol, drugs and often also to slot machines or computer games, and further, how the work of social workers in children's homes, in a crisis center and in the social-legal protection of children differs.

The benefit of the bachelor's thesis is that today's society gains knowledge of CAN syndrome - the syndrome of a neglected, abused and abused child.

The bachelor's thesis can serve as a source of information about the issue for the public and also for social workers in organizations where they encounter the CAN syndrome - the syndrome of a neglected, abused and abused child.

Key words

CAN syndrome; neglect; abuse; abuse; child

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	10
2 Dítě a rodina	10
3 Historický vývoj a definice pojmu CAN	12
3.1 Zneužívané dítě	14
3.2 Zanedbané dítě.....	16
3.3 Týrané dítě.....	18
3.3.1 Fyzicky týrané dítě.....	19
3.3.2 Psychicky týrané dítě	20
4 Prevence syndromu CAN.....	21
4.1. Primární prevence	22
4.2 Sekundární prevence	23
4.3 Terciální prevence.....	23
5 Následky syndromu CAN.....	24
6 Práce s CAN	25
6.1 Práce sociálních pracovníků OSPOD se syndromem CAN	25
6.2 Práce sociálních pracovníků krizového centra se syndromem CAN	26
7 Praktická část.....	27
8 Cíl práce a výzkumná otázka.....	27
8.1 Cíl práce.....	27
8.2 Výzkumná otázka	27
9 Metodika výzkumu praktické části.....	28
9.1 Metodika výzkumu	28
9.2 Výběr výzkumného souboru	28
10 Vlastní výzkum.....	29

10.1 Charakteristika výzkumného souboru	29
10.1.1 Kategorie 1: Náplň práce sociálního pracovníka.....	30
10.1.2 Kategorie 2: Příčina vzniku syndromu CAN.....	32
10.1.3 Kategorie 3: Komunikace s dětmi	34
10.1.4 Kategorie 4: Výskyt syndromu CAN v rodinách.....	36
10.1.5 Kategorie 5: Závislost v rodinách.....	37
10.1.6 Kategorie 6: Sebepoškozování u dětí se syndromem CAN.....	39
10.1.7 Kategorie 7: Péče od přijetí dítěte do propuštění.....	40
10.1.8 Kategorie 8: Zanedbaná školní docházka	42
11 Diskuze.....	44
12 Závěr	50
13 Seznam použité literatury	52
14 Seznam obrázků.....	56
15 Seznam zkratk.....	56

Úvod

Téma mé bakalářské práce je „Sociální práce se syndromem CAN“, tedy sociální práce se syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte. Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že představuje alarmující a znepokojující problém, který má devastující dopady na fyzické, emoční a sociální zdraví zastihnutých dětí. Tento syndrom CAN ve svých různých formách zasahuje do života dětí po celém světě a představuje vážné riziko narušení fyzického, emocionálního a psychického zdraví. Syndrom CAN se neomezuje pouze na určité skupiny nebo oblasti, ale představuje komplexní problém, kdy jeho dopady sahají do všech vrstev naší společnosti, přičemž často zůstává skrytý v rodinných strukturách. Syndrom CAN zahrnuje fyzické, psychické a sexuální zneužívání dětí, stejně jako jejich zanedbávání. To vše má nepředstavitelné následky pro zasažené děti, které mohou ovlivnit jejich celoživotní pohodu a schopnost fungovat v sociálním prostředí. Toto téma zůstává stále aktuální a závažné. Rozsah tohoto problému je alarmující a vyžaduje systematický přístup k prevenci, intervenci a identifikaci. Dalším mým důvodem, proč jsem si zvolila toto téma, je fakt, že mi daná problematika není cizí. Spousta dětí je vystaveno formám zanedbávání, týrání a zneužívání. Sociální pracovníci mají klíčovou roli v ochraně a podpoře zranitelných dětí a rodin, které se ocitají v obtížných situacích. Sociální pracovníci mohou zajišťovat důstojnost, bezpečí a také možnost rozvoje pro ty, kteří jsou ohroženi zanedbáváním, týráním a zneužíváním. Úsilí sociálních pracovníků se projevuje v prevenci dříve, než se násilí stane, kdy se jedná o včasné zjištění problému a následné poskytování podpory a intervence, když jsou nejvíce potřebné.

Organizace méj bakalářské práce je dělena do dvou částí a to do části teoretické a praktické. Teoretická část se skládá z pěti hlavních kapitol, které vyžadovaly studium odborné literatury na toto dané téma. Cílem mé bakalářské práce je prozkoumat a zhodnotit výzkum sociální práce se syndromem CAN, tedy jak pracují sociální pracovníci s dětmi s tímto syndromem. Cílem teoretické i praktické části je dát pohled společnosti na syndrom CAN, jeho historii, příčiny a možné následky syndromu CAN – syndromu zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte.

V praktické části byly provedeny polostrukturované rozhovory se sociálními pracovníky v dětských domovech, krizovém centru a orgánu sociálně – právní ochrany dětí.

Absolvovala jsem praxi v dětském domově a setkala jsem se tam s dětmi se syndromem CAN.

Tato práce má za cíl přispět k hlubšímu pochopení veřejnosti a role sociální práce v ochraně a podpoře dětí v riziku zanedbávání, týrání a zneužívání.

1 Teoretická část

2 Dítě a rodina

Vazby v rodině jsou pro psychický vývoj dítěte jedním z nejdůležitějších faktorů. Rodina ve společenském i psychologickém významu je vnímána jako spojení manželství a pokrevních vztahů a jedná se také o biopsychosociální skupinu, kde se spojí dva členi odlišného pohlaví bez pokrevního pouta (Špaňhelová, 2010). Z historického pohledu rodina a její vnímání prošla velkou změnou a v dnešním pohledu se stírá rozdíl mezi mužem a ženou, dříve vnímaných jasnými rolemi, kdy muž byl živitel a žena byla hlavně hospodyně s většinovým podílem na výchově dětí, kdy tato změna je podmíněna vývojem společnosti, kdy ženy získávají vyšší vzdělání, tím pádem také větší uplatnění na trhu práce (Špaňhelová, 2010). Autorka uvádí, že z ženy se stává místo hospodyně a vychovatelky dětí platný člen v mnoha profesích a také se stírají tedy rozdíly mezi mužem a ženou, což má samozřejmě dopad na fungování rodiny jako celku a v této době už rodina nevěnuje tolik času výchově dětí, výchovu jako takovou přejímají vzdělávací instituce a zájmové kroužky (2010). Špaňhelová (2010) ve své knize uvádí, že také péče o domácnost se přesouvá směrem k organizacím poskytujícím služby, jako restaurace, prádelny, jídelny, mateřské školy, jesle a další školská zařízení. Autorka dále uvádí, že na dnešní podobě rodiny se podílí také jiná forma soužití s nejbližšími příbuznými, kdy v minulosti bylo obvyklé spolužití několika generací, které se také podílely na výchově potomků a současnosti žijí generace víceméně odděleně, prarodiče po narození vnoučat většinou stále pracují, tudíž jejich role při výchově je omezená (2010).

Špaňhelová (2010) uvádí, že mezi základní funkce rodiny patří biologicko-reprodukční úloha, kdy základní funkcí rodičů je plození dětí, tedy rodiče mají také povinnost ekonomicko-zabezpečovací, což znamená, že matka i otec se starají o ekonomické zabezpečení rodiny v rámci jejich možností a právě tato úloha ekonomického zabezpečení prošla výše zmiňovanou velkou změnou, kdy o finanční zdroje se dříve staral pouze muž, nyní se také velkým a někdy vyšším podílem přidává žena. Autorka dále ve své knize uvádí, že emocionální zabezpečení v této době také padá na bedra obou rodičů, kdy matka i otec mohou dát dítěti jiné podněty týkající se citových a výchovných podnětů

směrem k potomkům, kdy rodina také sociálně vychovává a předává potomkům vzorce chování v společnosti, motivuje, radí, intervnuje v rámci sociálních interakcí (2010). Ve svém životě jsem se již několikrát setkala s větou „kéž by existoval manuál o rodičovství“. Bohužel neexistuje. Každá rodina si napříč generacemi předává zkušenosti, zvyky, postoje a doufá, že „to dobře dopadne“ (Špaňhelová, 2010).

Každá rodina klade odlišný důraz na úlohu rodiny jako takovou. V každém takovém uskupení se hlavní představitelé rodiny – otec a matka – soustředí více na jednu ze základních úloh rodiny. Někteří po biologicko – reprodukční úloze se zaměří jen na ekonomické zabezpečení, kdy opomínají i úlohu vzdělávací. Někteří se soustředí na vzdělávání a předávání zkušeností a trávení času s dětmi s tím, že finanční zdroje jako takové pro ně nejsou tak důležité.

Autorka rozlišuje rodinu na nukleární, kde figuruje otec, matka a děti a na rodinu širší, kam patří další příbuzní, jako prarodiče, strýcové, tety, sestřenice, bratřenci a také vztah širší rodiny k dítěti také formuje jeho osobnost a je zde velmi důležité, zda rodina tyto vztahy udržuje a pěstuje (2010). Pokud vztahy v širší rodině nefungují, dítě nepřítomnost těchto vazeb vnímá, už jen proto, že má srovnání s ostatními vrstevníky, v jejichž rodinách tyto vztahy existují (Špaňhelová, 2010).

Rydvalová a Junová se své knize zmiňují, že nukleární rodina se v dnešní podobě odlišuje od nukleární rodiny z pohledu minulosti, jelikož staré vzory a stereotypy nekorrespondují s požadavky dnešní doby a naopak nové vzory a stereotypy však nejsou zcela definovány, nelze se opřít o dlouhodobé zkušenosti s tímto modelem (2011). Autoři dále uvádí, že matka pečovatelka v návaznosti na větší zapojení v pracovním procesu předává zčásti svou úlohu muži, není to pro ni vždy lehké, jelikož pečující role je jí více vlastní než muži, tedy muži je zase více vlastní role živitele, avšak nyní se nacházíme v období transformace pojetí mužské a ženské identity, kdy po době matriarchátu a patriarchátu přichází zcela nová etapa (2011).

V průběhu 20. století žena začala pronikat do „mužského světa“, avšak změna postojů k tradičnímu pojetí rodiny přichází velice zvolna, také myšlení společnosti se posunuje k rovnováze mezi mužem a ženou, byť stále přetrvávají staré vzorce uspořádání rodiny, jen hranice už nejsou vytyčeny tak ostře, tedy muž je stále vnímán jako úspěšný, když finančně zajistí svou rodinu, kdežto u ženy je posuzováno hlavně skloubení rodinného a

pracovního života a zapojení ženy na trhu práce je stále vnímáno ne jako nezbytně nutné a někdy bývá i devalvováno, tedy už na první pohled je jasné, že nastavení rodiny a fungování jednotlivých rolí v ní, dítě vnímá a přenáší si je i do svého budoucího života (Rydvalová a Junová, 2011).

3 Historický vývoj a definice pojmu CAN

Vývoj pojmu CAN probíhá od 60. let 20. století. První teoretický koncept „syndromu bitého dítěte“ formoval lékař C. H. Kempe, který pracoval jako rentgenolog a na záznamech shromážděných na jeho pracovišti vyzoroval určité typické druhy zranění dětí, kde běžné úrazové mechanismy se lišily od popisu, jak ke zranění došlo, což ho vedlo k myšlence, že zranění mohou pocházet z nevhodného nebo úmyslného chování rodičů a dalších pečujících osob, kdy jeho práce pak podnítila ke sledování těchto úrazů další odborníky, kteří do své teorie dále zapracovávali ostatní formy nežádoucího či úmyslného chování těchto osob a ten také vymezil pojem bitého dítěte (Pemová a Ptáček, 2016). Pemová a Ptáček uvádí, že v období 60. let minulého století všechny státy USA přijaly legislativní kroky týkající se ohlašovací povinnosti v případech týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí, tedy na to navazovalo i přijetí Child Abuse Prevention and Treatment Act, tedy zákona, který zavedl oficiálně do legislativy pojem týrání a zanedbávání dětí (2016). Autoři dále uvádí, že za týrání a zanedbávání dětí se považuje fyzické nebo psychické poškozování, sexuální zneužívání, zanedbávající chování nebo jiné nevhodné zacházení s dětmi mladšími 18 let, které ohrožují jejich zdraví nebo život osobou, která je zodpovědná za blaho dítěte, kdy v následujících letech byla definice pojmu CAN upřesňována konkrétními formami chování, které lze považovat za týrání nebo zanedbávání, avšak definovat týrání nebo zanedbávání je velmi problematické, protože v některých případech se stírají rozdíly mezi zanedbáváním a týráním, byť každá z těchto forem potřebuje jiný typ intervence, terapie a prevence a při své činnosti se s problémy obecné definice zanedbávání a týrání dětí setkávají jak výzkumníci, tak sociální pracovníci i další osoby pracující s dětmi (2016).

Matýsková (2014) uvádí, že syndrom CAN může nabít spousta rozměrů a také se v mnoha oblastech objevit, kdy dané oblasti nemusí být zřejmé na první pohled.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte „dále jen CAN“, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především (Dunovský, 1995).

Dunovský (1995) ve své knize říká, že syndrom se projevuje různými jevy, vzniká za různých příčin za přispění různých mechanismů, má různý charakter, závažnost a dopad na život dotčeného a je veden ze strany původce či pachatele či dalších subjektů, kdy velkou roli zde hraje postavení dítěte v rodině, zde hlavní příčinou tohoto jevu bývá často nezvládnutelná agrese proti dítěti, kdy významnou roli hraje nadřazenost dospělého nad dítětem podporována vnímáním úloh ve společnosti a rodině (otcovská moc) a zranitelnost a bezmocnost dítěte a také se zde podílí ekonomické postavení rodiny, v kterém se dítě pohybuje, způsob života rodiny, zdravotní péče, výchova a vzdělání. Trochu stranou, byť v této době ještě stále aktuální, je dětská práce, kterou lze také zařadit mezi hlavní formy zneužívání a vykořisťování dítěte, tedy dětská práce se stále objevuje napříč chudými zeměmi, zde tedy lze vyzorovat velký vliv socio-ekonomického prostředí, kde dítě žije (Dunovský, 1995).

Ve většině případech se oběťmi stávají děti, které mají vrozené poškození nebo z jiného důvodu zaostávají ve vývoji nebo děti, které se chovají jinak, než podle představ rodičů, příkladem je neklidnost dítěte, častý pláč, obezita, koktání, také příliš časté nemoci, dítě s autismem nebo dítě, které trpí psychickou poruchou (Matoušek et al., 2005).

Podle Úmluvy o právech dítěte se syndrom CAN vztahuje na všechny věkové kategorie do 18 let, nicméně syndromem CAN může trpět i ještě nenarozené dítě, kdy matka se chová nevhodně v průběhu těhotenství, např. užívá alkohol, kouří, absolvuje nevhodné aktivity (Kalibová, 2011).

Zneužívání a zanedbávání dětí vysvětlujeme jakýkoli čin nebo jednání ze strany rodiče, pečovatele, učitele nebo kohokoli jiného, kdo má výchovnou roli o dítě a vede jeho chování k újmě fyzické či emocionální, k zneužívání, sexualitě nebo ke zranění či smrti (Ferrara et al., 2017).

Matoušek a kolektiv (2005) uvádí, že ve většině případů rodiče nebo lidé, kteří se starají o týrané a zneužívané děti, zažili týrání a zneužívání během svého dětství, kdy tito rodiče reagují agresivně nejen na dítě, ale také na partnera se kterým žijí a pokud se jedná o

situaci rozvodu, je riziko agresivního útoku vyšší vůči dítěti nebo také vůči jinému dospělému a rodiče, kteří špatně zacházejí s dětmi, mají špatné mínění o následcích svého chování a jejich soucit vůči dítěti je nepostačující. Autoři dále uvádí vznikající určitou představu, kdy rodiče s dětmi jsou od sebe emočně a fyzicky odpoutáni, kdy příčinou špatného zacházení může také být aktuální situace v rodině, kdy je rodina ve stresu nebo je na rodinu vytvářen stres a příkladem je nezaměstnanost jednoho nebo obou rodičů, chudoba, potíže s bydlením, mimomanželský poměr jednoho z dospělých a také může být důvodem vyčlenění ze společnosti (2005).

3.1 Zneužívané dítě

Zneužívání dítěte znamená využívání dítěte pro uspokojení vlastních potřeb, kam se řadí sexuální zneužívání, zneužívání k věku nepřiměřené práci, dále ekonomické zneužívání dítěte, kdy je dítě nuceno ke krádežím, žebrání, odvádění pozornosti při trestných činech apod (Bechyňová, 2007).

V mnoha situacích je dítě zneužívané blízkou osobou, kterou zná (Matoušek, 2017). Matoušek (2017) v literatuře uvádí, že sexuální zneužívání a bití dítěte prezentuje prožitek, s nímž se musí psychika dítěte srovnat a první okolí pro učení dítěte je rodina, kdy právě sexuální zneužívání a bití se nejčastěji odehrává v ní, přičemž bitím a sexuálním zneužíváním se řeší problémy v rodinných vztazích a k situaci, kdy je dítě útokem cizího jedince nabývá v menší míře případů.

Sexuální zneužívání dětí je celosvětovým problémem a jedná se o zákeřný a závažný problém, který přetrvává, kdy v závislosti na zkoumané společnosti postihuje 2-62 % žen a 3-16 % mužů jako oběti (Johnson, 2004). Jedná se o velký problém, který má rozsah v celé společnosti a tedy ovlivňuje oběti, celé rodiny, komunity a celou společnost (Wurtele, 2009).

Sexuální zneužívání znamená vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, jako je dotýkání se dítěte se sexuálním podtextem a vykořisťování dítěte rodičem, příbuzným či cizí osobou, kdy sexuální zneužívání může být bezdotykové a dotykové, čili s absencí či použitím tělesného kontaktu. (Novotná, 2010).

Podle Hanušové (2006) se jedná tedy o vystavování dítěte pornografickým materiálům, exhibici a účast na sexuálních aktivitách, dále pak pohlavní kontakt, pohlavní, orální nebo anální styk.

Sexuální zneužívání je ve vyspělých zemích poměrně časté a na další vývoj dítěte má vážné a trvalé následky (Bechyňová, 2007). Odsuzování sexuálního zneužívání prošlo velkým vývojem, dříve byl tento jev bagatelizován, kdy v některých kulturách je do nynějšíka sexuální zneužívání dětí tolerováno i podporováno a při provedených statistikách a analýzách sexuálního zneužívání bylo zjištěno, že většina zneužívání probíhá kontaktní formou, přičemž jsou více zneužívány dívky než chlapci (Bechyňová, 2007).

Mezi sexuální zneužívání dítěte patří dětská pornografie, dětská prostituce a sexuální turistika, kdy dětská pornografie spočívá v pořizování zvukových či obrazových materiálů, kdy aktéři jsou děti a jedná se o implicitní obsah (Hanušová, 2006). Autorka dále uvádí, že dětská prostituce se častěji dotýká dětí z chudých a neúplných rodin, požívaná jedinci, kteří jsou přitahováni pohlavně nedospělými dětmi a v současné době zaznamenáváme nárůst případů dětské prostituce a v souvislosti s rostoucím a vyvíjejícím cestovním ruchem narůstá i objem sexuální turistiky, kdy se jedná o cestování za účelem sexuálního styku s pohlavně nedospělými oběťmi (2006).

Takzvanou před fází sexuálního zneužívání dítěte je sexuální obtěžování dítěte, které se rozděluje do tří podob, tedy v první podobě se jedná o situaci, kdy je dítě vystavěno návrhu k sexuální aktivitě a je jedno, jestli se jedná o blízkou osobu dítěte nebo o osobu cizí, kdy dítěti nabídne finanční náhradu a v druhé podobě je odraz sexuálního obtěžování dítěte v podobě šikany, kdy dítě čelí sexuálním útokům nebo ponižování od svých kamarádů a poslední, třetí podoba sexuálního obtěžování dítěte je chování takové, kdy dospělá osoba přivádí dítě do rozpaků, kdy je dítěti toto chování velmi nepříjemné a střet s dospělou osobou dítě prožívá velmi těžce (Vaníčková et al., 1999).

Dunovský (1997) píše, že o této problematice se s dětmi vůbec nekomunikuje a pokud dochází k zneužívání sexuálnímu, rodiče nebo celkově rodina mají snahu zapomenout na celé dění, co se odehrálo.

3.2 Zanedbané dítě

Zanedbávání dětí je nejvíce častou formou špatného zacházení s dětmi v současné době a jde o se situaci, kdy dítě není obětí agrese a jiného hrubého chování ze strany dospělého, ale setkává se s nezájmem dospělého vůči dítěti, konkrétně tedy rodičů nebo osob, které o dítě pečují, kdy zanedbávání je odrazem životní situace rodiny, rodinných vztahů a mnoha dalšího, tedy se nejedná jen o zanedbávání jako takové, ale velmi důležitá je zde i podoba a intenzita (Hanušová, 2006). Odborná literatura a také praxe ze zahraničí zmiňuje nejméně tři stupně zanedbávání, kdy prvním stupněm je „nejmenší riziko“ zanedbávání, kdy ohrožení dítěte je pouze potenciální a následky případného nezájmu vůči dítěti lze považovat za malé a mluvíme například o nebezpečí dětských úrazů, kdy lze úrazu předejít preventivním opatřením a druhým stupněm je „střední riziko“ zanedbávání, kdy se jedná o situaci, ve které riziko ohrožení dítěte stoupá, tedy je vyšší než v prvním stupni, například dlouhodobá chudoba rodiny (Hanušová, 2006). Autoři uvádí, že v rodině mohou chybět kvalitní potraviny, přístup k věcem denní potřeby, rodina může žít v nevyhovujících podmínkách a do tohoto stupně spadá rodina, která není schopna rychle a trvale vyřešit svoji situaci, je tedy nutné najít služby sociální intervence a třetím stupněm je „vážné riziko“ zanedbávání, což je situace, kdy je dítě dlouhodobě ohrožené a následkem neaktivity rodičů je poškození zdraví dítěte nebo dokonce jeho smrt, kdy do tohoto stupně zanedbávání řadíme zanedbání zdravotní péče, duševního zdraví, ale také rozvoj osobnosti dítěte, který je velmi důležitou součástí jeho života (2016).

Dunovský (1995) ve své literatuře popisuje dvě rozdělení zanedbávání podle závažnosti, u těžkého zanedbávání je příkladem špatná výživa, situace u které je dítě přítomné, kdy je zdraví dítěte ohrožené nebo je ohrožen život dítěte a u druhého rozdělení, kterým je všeobecné zanedbávání se jedná o zanedbávání jídla, oděvů, odloučení od okolí, ale také lékařskou péči, kdy se také jedná o situace, kdy je malé dítě necháno samo bez jakéhokoliv dozoru nebo o nezájem rodiče, kde se dítě nachází a jak tráví svůj volný čas mimo školu.

Ke všeobecnému zanedbávání také patří situace, kdy rodiče nebo jedinec, který se o dítě stará nezapíše dítě do školy i přesto, že je dítě ve věku povinné školní docházky nebo dovolí dítěti častou absenci ve škole a absenci speciálních potřeb ve vzdělávání (Stoltenborgh, Bakermans-krakenburg, Ijzendoorn, 2012).

Rizikové faktory zanedbávání rozdělujeme na vnější a vnitřní, kdy mezi vnější rizikové faktory zanedbávání patří chudoba, sociální vyloučení a v jakém sociálním prostředí rodina žije a nejvýznamnějším rizikovým faktorem zanedbávání se označuje chudoba (Pemová a Ptáček, 2016).

Mezi tělesné zanedbávání řadíme absenci nezbytného přístřeší, hygieny, oblečení, zdravotní péče, ale také sem spadá vystavení dítěte stresovým situacím, nebezpečí v oblasti domova i mimo něj (Bechyňová, 2007). Autorka dále uvádí, že v období školního věku dítěte se jedná o zanedbávání výuky a výchovy, tedy špatná školní docházka její úplný deficit, ale také dohled rodiče na domácí úkoly dítěte nebo nezáměr ze strany rodiče na prospěchu dítěte ve škole., nesledování volnočasových aktivit a neřešení sociálních kontaktů (2007).

Bechyňová (2007) uvádí, že zanedbávání může být nejen tělesné, ale také psychické, známé jako psychická deprivace, kdy dětem, které jsou těžce zanedbávané nebo jsou opuštěné či sirotci, byla vždy poskytnuta dobročinná akce, tedy pomoc ve formě jednotlivců a také různých institucí a jednalo se o tu nejzákladnější pomoc jako udržet a zachovat život malých dětí, které by bez této pomoci nepřežily či děti, které byly umístěné po narození do sirotčinců nedospěly ani do věku, kdy by mohly být svěřeny do pěstounské péče nějaké rodiny. Vysoký počet úmrtí byl všude v sirotčincích a postupem času, od 20. století se povedlo zavedení hygieny a nejzákladnější péče, příkladem je očkování, vhodná výživa a dodržení karantény, kdy těmito kroky se podařilo minimalizovat vysoký počet dětských úmrtí v minulém společenství a v první světové válce se objevily vysoká čísla sirotků a dětí, které byly zanedbávané, proto se začaly stavět ústavy a v té době týrané a zneužívané děti oproti zanedbávaným byly bez pomoci nebo se o nic ve většině případech vůbec nevědělo. (Bechyňová, 2007). Během uplynulé doby, po druhé světové válce vznikaly ústavy dále, protože děti během války přicházely o své rodiče a psychická deprivace se schovává pod název „citové zanedbávání“, kdy se jedná o neuspokojení emočních potřeb jedince, dlouhodobý nedostatek potřeby lásky a vřelého vztahu (Bechyňová, 2007). Autorka uvádí, že deprivace má za následek porušení psychomotorického vývoje, porušení vývoje osobnosti u dětí s postižením, kdy u menších dětí je častá lehká vývojová slabomyslnost v různé fázi, která je závislá na deprivaci prožitky dítěte, u obtížnější verze psychické deprivace může dospět k poruchám somatického vývoje a v některých případech i k úmrtí dítěte a u dospělých a starších dětí

je následek deprivace těžce poškozený růst osobnosti, tedy problém jedince s navazováním blízké interakce k druhým lidem i přestože psychickým strádáním trpí ve většinu případů malé děti, může postihnout člověka v kterémkoli věku, tedy i v dospělosti může člověk psychicky postrádat a jedná se o jedince, kteří jsou slabí, nemocní, staří a také invalidní (2007).

Pemová a Ptáček (2016) ve své literatuře uvádí, že mezi jiné formy fyzického zanedbávání dětí patří zanedbávání oblékání, kdy děti mají nakázaný oděv, který musí nosit i přesto, že oblečení není určené aktuálnímu počasí a může docházet k velkému ohrožení dítěte, jestliže nemá ve studených dnech teplé oblečení a následkem může prochladnutí dítěte, které vede k dalším zdravotním obtížím a také se jedná o děti, které nosí malé oblečení, příkladem je malá obuv, která je pro dítě velmi nepohodlná, ale také ohrožuje zdraví dítěte. Autoři dále uvádějí, že díky špatnému oblečení může dítě čelit sociálním problémům, kdy může být dítě vyřazeno z kolektivu, protože se mu kamarádi posmívají a další formou fyzického zanedbávání jsou nevhodné podmínky pro život a bezdomovectví, pokud má stěhování vliv na kvalitu života dítěte, jedná se o neustálou opakující se situaci, kdy se rodina stěhuje z místa na místo, například do azylového domu, žije v ubytovnách, u příbuzných a u kamarádů (2016).

3.3 Týrané dítě

Nejčastějšími oběťmi týrání se často stávají děti s vrozenou vadou, děti zaostávající ve vývoji, děti, které pláčou nebo jejich chování se liší od představ rodičů či vychovatelů, také se jedná o děti nechtěné, nevhodného pohlaví, děti často nemocné, trpící nemocí apod., kdy do skupiny dětí ohrožených týráním patří i děti rodičů, kteří sami byli v dětství týráni či děti pocházející z mnoha problémových rodin (Matoušek et al., 2005).

Dalším důvodem týrání dítěte rodičem může být rozpad rodiny, kdy ubližováním potomkovi tak jeden rodič ubližuje rodiči druhému (Dunovský, 1995).

Ne každé týrané dítě však musí pocházet z problémové rodiny, někdy řetězec událostí spustí i stres působící na domácnost, kdy se různé stresové situace a stresory kumulují, až vedou k „pomstě“ na dítěti a mezi hlavní stresory působící zvenku či z vnitřku rodiny patří nezaměstnanost, ztráta příjmu, vážná nemoc jednoho z rodičů, mimomanželský vztah, společenská izolace apod. (Matoušek et al., 2005).

Podle mezinárodního srovnání incidence týraných dětí v letech 2015 – 2016 však na celkový objem počtu týraných dětí v rámci republiky či státu nemá vliv ekonomické postavení konkrétní země a mezi státy s nejvyššími počty týraných dětí v přepočtu na 1000 dětí v populaci se řadí Anglie, Austrálie, USA, tedy země s vyspělou ekonomikou (Pemová a Ptáček, 2022).

3.3.1 Fyzicky týrané dítě

Podle autorů Fischera a Škody (2009) týrání fyzické obsahuje akty, které jsou nepřiměřené násilí na dětech. Útoky na děti, kdy důsledkem může být zranění tělesné, také může agresor dítě trvale poškodit nebo usmrtit obsahuje týrání tělesné jako nástroj, který převažuje ve výchově dítěte. (Fischer a Škoda, 2009).

Nejvíce prozkoumaný, zjištěný a znázorněný jev syndromu CAN je fyzické týrání dítěte, kdy do fyzického týrání dítěte patří úmyslné nestarání se o dítě, kdy následkem je poranění nebo smrt (Dunovský, 1995). Autor uvádí, že tělesné týrání aktivní povahy je fyzické týrání dětí s následkem poranění a jde o děti, u kterých vznikla zranění v následku popálení, bití, trestání, opaření a také selhání ochrany dítěte před možným násilím a dále takzvanou podskupinou jsou tělesně týrané děti, které nemají žádné známky tělesného poškození, kdy takové děti jsou postihnuty deprivací, která je způsobena otrávením, duševním nebo jiným podobným násilím a patří sem i děti, které jsou často vystavované lékařským prohlídkám a také celkem velká část sexuálního zneužívání, kdy se používá násilí a pokud se jedná o tělesné poškození, mluvíme o zavřeném poranění, které se označuje poškozením orgánů a tkání, kdy není poškozena kůže na těle (1995). Autor dále uvádí, že poranění tkání a orgánu vzniká naražením na tupý předmět, úderem nebo tlakem na tělo a mezi další poranění patří otřesy, které se vyjadřují poruchami bez nálezu, tedy otřes mozku a také míchy, dalším poraněním jsou pohmožděniny, které se objevují na kůži po celém těle a vznikají z důvodu tupého násilí a dochází k drobnému krvácení, kdy se na těle objevují tečkovité, kruhové, plošné krevní skvrny (1995). Častěji se objeví na těle „modřina“, ke které dochází při zhmoždění předkožní tkáně a zbarvení kůže a pohmožděniny mají tvar obtisklé ruky, obtisk prstenu, vařečky, ale další poškození kůže může být vytrhávání vlasů, kdy se nejedná o jeden vytrhnutý vlas, ale často o celý chuchvalec vlasů (Dunovský, 1995).

Mezi tělesné týrání se zahrnují také popáleniny. Může docházet k takzvanému popáleninovému traumatu, který začíná dlouhým, přímým či nepřímým působením tepelné energie nad prahem (Lipový, 2011).

Tělesné týrání pasivní povahy se označuje špatným uspokojením tělesných potřeb dítěte a také psychické a sociální potřeby, kdy se jedná o úmyslné a také neúmyslné poskytnutí péče, které se objevuje u rodičů, kteří trpí psychickými poruchami nebo jedinců značně zaostalých (Špeciánová, 2003).

3.3.2 Psychicky týrané dítě

Psychické týrání dítěte je takové chování, které má špatný dopad na citový rozvoj a chování dítěte a jedná se o podobu slovního napadání na sebevědomí dítěte, přetrvávající ponižování a odmítání nebo zavrhování dítěte a také se jedná o situace, kdy je dítě postaveno závažným konfliktům v domácnosti nebo je násilně odloučeno (Špeciánová, 2003). Autorka ve své literatuře uvádí, že v dítěti je potlačována sebedůvěra a dochází ke srážení sebevědomí, ať už urážením nebo podceňováním a dospělí jedinci nebo rodiče na dítě kladou příliš vysoké nároky i přesto, že jsou si vědomi neschopností dítěte splnit jejich nárok, příkladem tedy mohou být sportovní výkony, školní známky nebo jakékoliv jiné výkony dítěte, kdy se dítě poté necítí dobře a myslí si, že pro rodiče není dost dobré. (2003)

Podle Hubáčkové někteří autoři emocionální týrání dělí do čtyř skupin: ignorování, odmítání, terorizování a izolování. Pokud mluvíme o ignorování, tak rodiče nebo osoby, které se starají o dítě nereagují na potřeby dítěte, přestože mají dítě rádi, tak mu neukazují náklonnost (2017). Dále autorka uvádí, že při odmítání se dává dítěti najevo, že ho rodiče nechtějí, terorizování k dítěti ukazují rodiče vztah, který je negativní, kdy příkladem jsou tresty, vyhrožování, nesmyslné požadavky na dítě a při izolování je dítěti bráněno být s vrstevníky, trávit volný čas venku, musí být doma. (2017)

Psychické týrání vyjadřuje aktivní a pasivní složku, kdy aktivní složka se zakládá na jednání, které je účelové, jasně cílené a záměrné a pasivní složce psychického týrání naopak chybí něco, kdy následkem nejsou uspokojeny základní potřeby dítěte (Špeciánová, 2003).

Dítě je vystavené největšímu riziku špatného zacházení, když se rodiče psychicky týrají navzájem v domácím prostředí a psychické týrání partnera tedy silně souvisí s týráním dětí (Chang, J.J., Theodore, A.D., Martin, S.L., Runyan, D.K., 2008).

4 Prevence syndromu CAN

Důležitým prvkem v rámci tématu práce se syndromem CAN je prevence tohoto jevu, kdy do této problematiky řadíme jak okruh programů zaměřených na prevenci výskytu těchto jevů napříč společnostmi, tak rychlé a včasné zachycení jejich projevů a následně příslušná intervence (Miovský et al., 2015).

Prevence syndromu CAN je složitou problematikou řešenou na úrovni výchovy v domácnosti, v institucích, eliminací škodlivých vlivů působících uvnitř i vně rodiny. Poskytováním účinné prevence předcházíme projevům samotného syndromu CAN, kdy více než v ostatních situacích platí pravidlo, že těmto jevům je lepší předcházet, než je následně řešit, už jen v souvislosti s následky, které tento syndrom provází. Na prevenci se podílí rodina, vychovatelé, pedagogičtí pracovníci, pracovníci OSPOD, krizových a vzdělávacích center, zdravotníci, lékaři, další širší společnost.

Existují preventivní programy, které jsou orientovány na rodinu, kdy tyto programy vystupují z potřeb rodiny, měří vztahy v rodině a vnímání rodiče vůči dítěti, kdy se jedná o vnímání nepřiměřené a také schopnost rodiče, kdy dítě podceňuje a tyto programy je možné uplatňovat v domácím prostředí, nejvíce u rodin, kde se objevuje zanedbávání dítěte (Matoušek et al., 2005). Autoři v knize pojmenovávají prevenci jako působení na lidi, kteří nikdy nepřipustili své chování jako špatné zacházení vůči dítěti, kdy tyto programy mohou být zaměřeny na hlavní faktory, kterými je taktika výchovy dítěte, materiální a ekonomické podmínky života domácnosti a rodiny, přístup sociálních a zdravotnických služeb rodině a také se programy zaměřují na rodiče, lékaře, učitele, sociální pracovníky a další odborníky, kteří mají možnost kontaktu a komunikace s rodinou u které by mohlo docházet k situacím, kdy je dítě ohrožené, přičemž cílovou skupinou jsou také děti, které by měly být informovány a vědět, kde se nachází hranice vhodného a nevhodného chování rodičů nebo jedince a jak se v takovém případě zachovat, pokud je hranice překročena (2005). Pro tyto programy je ideálním prostředím škola, ale veřejnost by také měla být informována o tom, že k takovému chování v naší společnosti dochází a jaké trestání je hraniční (Matoušek et al., 2005).

4.1. Primární prevence

U primární péče je nutné, aby byla směřována na rodinu, tedy na přirozené prostředí dětí. (Biskup, 2001).

U primární prevence můžeme vycházet z definice Světové zdravotnické organizace, kdy nejvýznamnějším pilířem je předcházení rizikové situaci, kdy v primární prevenci se řeší pouze riziko vzniku jevu týrání, kdy tento jev ještě nenastal a velkou preventivní úlohu zde hraje Úmluva o právech dítěte a Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte (Dunovský, 1995). Autor uvádí, že důležité je zde působení na širokou veřejnost, rodiče, vychovatele, odborné pracovníky a tzv. veřejné činitele – lékaře, soudce, politiky, právníky a širokou veřejností se rozumí společnost ve všech vrstvách, jde tedy o celý společenský rámec, na který působíme osvětou (1995). Podle Dunovského (1995) hlavními činiteli této osvěty jsou orgány veřejné správy, státní legislativa, církev, školy, školská zařízení, sdělovací prostředky, organizace pracující s mládeží a dětmi, organizace zabývající se rodinou apod.

Kukla (2016) ve své publikaci uvádí, že nejčastěji ohrožené děti jsou děti nedonošené, hyperaktivní, trpící úzkostmi a plačtivostí, neklidné a také labilní.

Primární prevencí připravujeme děti do manželství a rodičovství a budoucího působení ve společnosti, kdy hlavním úkolem je naučit děti chránit se před patologickými vlivy a těmto vlivům předcházet, případně tyto jevy řešit (Hanušová, 2006).

Při primární prevenci je důležité působení na rodiče a vychovatele, kde se budují a upevňují hodnoty dítěte, postoje, názory a nejde zde však jen o působení na děti, ale důležité jsou zde i obecná opatření týkající se rodiny jako takové, kdy se jedná o podporu finanční, sociální ze strany státu jako takového, sociální podporu jako možnost rekreačního vyžití, nabídky zájmových kroužků apod (Dunovský, 1995). Podle autora tato opatření zvyšují pocit bezpečí a jistoty dítěte a jednotlivých členů rodiny, kdy rozhodující úlohu v primární prevenci tedy plní rodina a klíčovými obdobími, kterým se věnuje zvláštní pozornost je už samotné početí a těhotenství ženy, porod samotný a následný komfort v poporodní péči ve zdravotnických zařízeních, vytváření důvěry v kojeneckém a batolecím věku, výchova v tzv. středním školním věku (8 – 12, resp. 13 let věku dítěte), puberta, mladistvý věk a s ním spojená sexuální výchova (1995).

4.2 Sekundární prevence

Při sekundární prevenci probíhá vytipování rizikových skupin obyvatelstva, rizikových životních situací a následně cílené působení na tyto skupiny a situace, kdy hlavním cílem je snížení rizika CAN na co nejnižší možnou míru avšak příčiny týrání, zanedbávání a pohlavního zneužívání jsou vždy jiné, ubližování aktivní i pasivní má jiné aktéry a sekundární prevence má za úkol tato rizika najít, rozklíčovat, poznávat je a aktivním způsobem je zmenšovat (Dunovský, 1995).

Mezi hlavní spouštěče CAN patří komunikační problémy, pozadí rodiny v návaznosti na rodinnou historii, a také vzájemně působící stresory, kdy hlavní úlohu v sekundární prevenci hrají pracovníci v pomáhajících profesích, organizace či instituce, kteří pomáhají v rámci krizových opatření, poradenskou a terapeutickou činností a mezi hlavní formy sekundární prevence je krizová intervence, terapie pro aktéry domácího násilí, manželské poradenství a rodinná terapie (Jedlička, 2015).

4.3 Terciální prevence

Terciální prevence je zaměřena na odstranění či zmírnění následků patologického chování, kdy hlavní snahou zde je návrat zasažených osob do původního prostředí a k normálnímu fungování a zvýšení kvality jejich života a zde se jedná o reintegraci, rehabilitaci sociální a pedagogickou, sociální péči a lékařskou péči (Ševčík a Špatenková, 2011).

Hanušová (2006) poukazuje, že se zde reaguje tedy již na událost, která vznikla, kdy se dotčené osoby, pedagogové, lékaři a pracovníci v pomáhajících profesích snaží vzniklou situaci zastavit a napravit ji v rámci systému opatření, jako je terapie, rehabilitace a poradenství za pomoci interdisciplinární spolupráce.

V rámci terciární prevence řešíme i předcházení recidivy, jelikož patologické chování v rodině často provázejí opakování (Jedlička, 2015). Autor uvádí, že jedinci poškození syndromem CAN mají navíc často disharmonický vývoj, nejsou schopni adaptovat se, mají nízké sebevědomí a vykazují známky závadného chování a pracuje se tedy s nimi pomocí redukace, socioterapie a psychoterapie, přičemž se na této činnosti se podílejí střediska výchovné péče a zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy (2015).

5 Následky syndromu CAN

Zanedbávání dítěte může, ale také nemusí mít následky krátkodobé i dlouhodobé a pro dítě jako samotné, ale i pro celé společenství lidí (Pemová a Ptáček, 2016). Autoři dále uvádějí, že individuálními negativními následky jsou fyzické, které navazují na psychické a ty navazují na sociální důsledky a navazujícím negativním společenským následkem je následek ekonomický, kdy materiální citové strádání v dětství nabádají k životu v chudobě ve věku, kdy je jedinec dospělý a také ovlivňuje budoucnost v rámci úrovně vzdělávání, kdy následkem je mnohem menší příjem jedince a riziko nezaměstnanosti, které je velmi vysoké (2016). U dětí, které mají zkušenost se zanedbáváním hrozí riziko, že svým dětem budou dělat to samé, tedy je zanedbávat a následkem fyzického násilí zanedbávání dítěte formou podvýživy, ale také zpomalení vývoje a růstu dítěte může být chudoba rodiny a tím pádem také sociální izolace, u které může docházet k tomu, že problémy jedince nebudou odhaleny ve správný čas, ať už v systému školském nebo zdravotnickém (Pemová a Ptáček, 2016). Pemová a Ptáček (2016) poukazují, že fyzickým důsledkem zanedbávání je také chudokrevnost, obezita, potíže v podobě stravování, vadné držení těla, ale také nevyléčitelné vady, infekční onemocnění, které je nevyлечené a příkladem je svrab, hepatitida, apod., také zranění či smrt dítěte v rámci následků řadíme mezi fatální následky zanedbávání, kdy se rodiče nebo jedinec o dítě nestará nebo dítě nemá dostatečný rodičovský dohled, příkladem fatálních následků je utonutí ve vaně, přehřátí dítěte, udušení, podvýživa, dehydratace a problémy při neposkytnutí zdravotní péče. Autoři dále poukazují na psychické následky dětí postižené syndromem can, které jsou zaměřeny na týrané a sexuálně zneužívané děti, kdy se v praxi řeší následek traumatizace dětí, tedy následky dítěte, které jsou psychické se rozpoznávají daleko hůře než následky, které jsou fyzické, ale jak fyzické, tak psychické následky dítěte jsou navzájem propojeny (2016). Co se týká sociálních následků zanedbávaných dětí, tak výrazně jsou děti v běžném životě, také v kontaktu se svými kamarády a začleňování mimo hru i v dětství a poté také v dospělosti, kdy tyto děti nemají žádný zájem a motivaci jako ostatní děti ve stejném věku a hůře se orientují v sociálních situacích a následkem může být špatné čtení a vyhodnocení komunikační a sociální situace v dané společnosti, také mají obtíž s navazováním nových vztahů a udržováním vztahů a prvním prostředím, kde se mohou začít objevovat následky tohoto chování jsou školská zařízení. Zanedbávané dítě nemá tolik kázeňských prohřešků jako dítě týrané, ale má naopak horší výsledky ve škole (Pemová a Ptáček, 2016).

Sexuální zneužívání vyvolává dlouhodobý stres dítěte a může se stát, že dojde k takzvané psychické smrti osobnosti, kdy dítě nemá žádnou sebeúctu a žádné sebehodnocení a jejím projevem je pocit prázdnoty, existence na okraji společnosti a beznaděje a dalším projevem může být odcizení celkové, nepřátelský postoj vůči všem a celkově nedůvěra (Milfait, 2008). Sexuální zneužívání je pro dítě velmi traumatizujícím zážitkem jeho psychické stránky, kdy dítě nedokáže tento zážitek zpracovat a zvládnout samo a projevení následků může být v podobě jiného, problémového chování, nedůvěry lidem, přičemž velmi rizikovým faktorem je prostituce, různé formy závislosti, špatné a agresivní chování vůči kamarádům nebo sobě a celé společnosti, pokusy o sebevraždu nebo sebevraždy dokončené a u následků sexuálního zneužívání závisí na věku dítěte, na časovém trvání sexuálního zneužívání, co vše se odehrálo a na jaké úrovni brutality, v jaké vazbě dítě vyrůstalo s jedincem, kterým bylo zneužíváno, jestli ve své rodině našlo zneužívané dítě oporu nebo ne (Milfait, 2008). Autor uvádí, že děti s chováním externalizujícím jsou agresivní, nenávistné, provokativní a následkem zneužívání si dítě nese určité znaky sexuality v chování a je možné, že dojde i k jednání, kdy dítě zabíjí zvířata nebo má sklony k mučení a jedná se především o chlapce (2008).

6 Práce s CAN

6.1 Práce sociálních pracovníků OSPOD se syndromem CAN

Velmi důležitým orgánem státní správy, který se zabývá sociálně právní ochranou dětí je takzvaný OSPOD, kdy na odboru sociálně právní ochrany dětí pracují vysokoškolští odborníci a mezi základní znalosti pracovníka na odboru sociálně právní ochrany dětí patří platná legislativa, která se týká rodiny a sociálně právní ochrany dětí, systém sociální správy, systém fungování samosprávy a správy státní, systém zdravotnických a školských zařízení pro děti, soudní opatrovnické řízení, řízení trestní, které se týká mládeže a dětí, organizace případové konference, vytváření individuálních plánů ochrany dítěte a také celá síť neziskových nestátních organizací v regionu a pracovníci orgánu sociálně právní ochrany dětí komunikují s uživatelem, kdy se jedná o komunikaci srozumitelnou a přiměřenou věku uživatele, pracují na vytvoření potřeb, spolupracují s jinými pracovníky v jejich organizaci, také spolupracují s jinými profesemi jako je například lékař, psycholog, pedagog, policista, soudce, ale také někdy spolupracují s probační mediální službou. Klasifikují výsledky i průběh zákroku (Matoušek, 2017).

Matoušek (2017) dále uvádí, že sociální pracovník, který pracuje s dětmi a rodinami, které jsou ohrožené musí mít více znalostí a způsobilostí, protože komunikují s dítětem, vyhodnocují škálu ohrožení dítěte, hodnotí rodinu a její vlivy vůči dítěti, příkladem je klasifikace materiálních podmínek život dané rodiny, různých výchovných metod rodičů a vztahy, které v rodině jsou. Sociální pracovník pomáhá nastavovat priority potřeb rodiny, eliminovat ohrožení dítěte, poskytuje rady rodičům, zastupuje dítě v případě soudního řízení rozvodu, ale také v případě trestního řízení a rozeznává, kdy rodič není schopen zajistit výchovu dítěte, hodnotí také vliv výchovného prostředí na dítě, které je v ústavním zařízení a obstarává dítěti náhradní péči, pokud stávající péče je pro dítě ohrožující a nelze dosáhnout k určité nápravě (2017).

6.2 Práce sociálních pracovníků krizového centra se syndromem CAN

V České republice je spousta zařízení, které se věnují a poskytují služby v krizových situacích, kdy část zařízení se specializuje na závislé osoby, část zařízení není specializována na danou problematiku a část zařízení se specializuje na děti, ženy a mládež, také v krizových centrech jsou odborníci, jako například lékaři, psychologové, zdravotní pracovníci, sociální pracovníci, kteří mají odborné vzdělání a výcvik krizové intervence a někteří také výcvik telefonické krizové pomoci (Matoušek, 2017). Podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytují služby dětská krizová centra. Autor v literatuře uvádí, že podporu a terapii traumatizovaných dětí nabízí jen některá centra jako například Krizové centrum pro děti a rodinu České Budějovice, Krizové centrum pro děti a dospívající Brno, Krizové centrum pro děti a rodinu Ostrava a také programy, které jsou v těchto krizových centrech se podobají skupinové nebo individuální psychoterapii (2017).

7 Praktická část

8 Cíl práce a výzkumná otázka

8.1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak pracují sociální pracovníci se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte.

8.2 Výzkumná otázka

Jaká jsou specifika práce s dětmi se syndromem CAN?

9 Metodika výzkumu praktické části

9.1 Metodika výzkumu

Pro naplnění cíle mé bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum.

Kvalitativní výzkum se orientuje na popis, objevování a zjišťování jevů. A má charakter, který popisuje porozumění a dostane jej do širšího kontextu (Knechtová et al., 2019).

Zvolila jsem si formu polostrukturovaných rozhovorů. Jako výzkumný vzorek jsem si zvolila sociální pracovníky, tedy komunikační partnery v dětských domovech, v krizových centrech a na orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Ve všech zařízeních jsem telefonicky žádala vedení zařízení o povolení rozhovoru se sociálními pracovníky a na základě udělení mluveného telefonického souhlasu jsem rozhovory provedla.

9.2 Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán záměrným výběrem. Tato metoda je dle Miovského (2006) jednou z variant, kterými se dá záměrný výběr provádět. Komunikační partneři jsou v rámci této metody vybírání na základě určitého kritéria, nebo souboru kritérií (Miovský, 2006). Všech 11 komunikačních partnerů, kteří byli vybráni do výzkumu a účastnili se, splňují předem určená kritéria.

- zájem o účast na výzkumném šetření,
- sociální pracovníci v dětském domově,
- sociální pracovníci v krizovém centru,
- sociální pracovníci na orgánu sociálně – právní ochrany dětí.

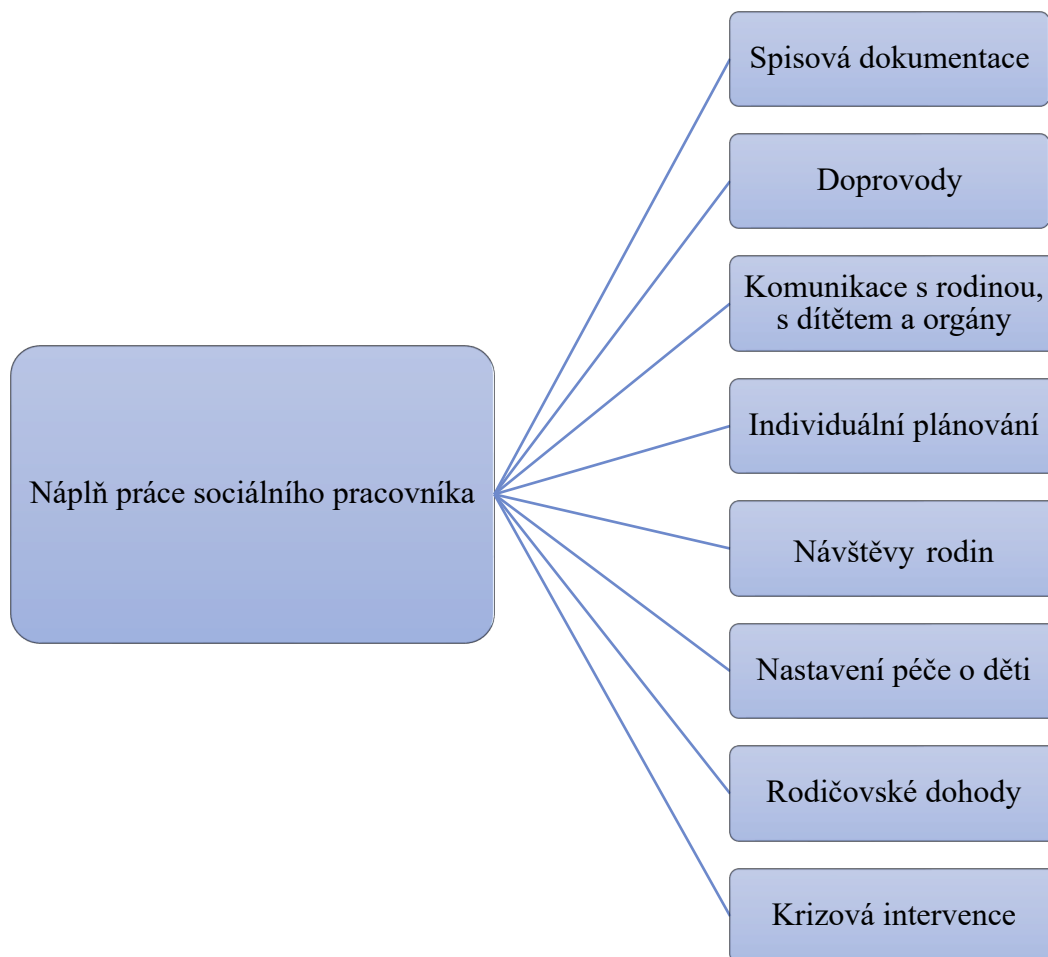
10 Vlastní výzkum

10.1 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory byly prováděny s 11 komunikačními partnery, s 11 ženami. U komunikačních partnerů byla věková hranice od 27 let do 68 let. Na počátku rozhovoru byla položena otázka na věk sociální pracovníce a na délku působení v sociálních službách. Tyto informace jsou popsány v tabulce charakteristika výzkumného souboru.

Komunikační partneri	Pohlaví	Věk	Typ zařízení	Délka působení v sociálních službách
KP1	Žena	49 let	Dětský domov	12 let
KP2	Žena	27let	OSPOD	5 let
KP3	Žena	47 let	OSPOD	25 let
KP4	Žena	40 let	OSPOD	9 let
KP5	Žena	48 let	OSPOD	22 let
KP6	Žena	68 let	Dětský domov	49 let
KP7	Žena	55 let	Dětský domov	3 roky
KP8	Žena	42 let	Centrum pro děti a rodinu	13 let
KP9	Žena	48 let	Krizové centrum pro děti a rodinu	10 let
KP10	Žena	39 let	Krizové centrum pro děti a rodinu	15 let
KP11	Žena	49 let	Krizové centrum pro děti a rodinu	22 let

10.1.1 Kategorie 1: Náplň práce sociálního pracovníka



Obrázek číslo 1: Náplň práce sociálního pracovníka

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

První podkategorie se zabývá náplní práce sociálního pracovníka.

KP1, KP6, KP7, KP8 se shodli na tom, že mají na starost spisovou dokumentaci dětí, doprovody, komunikaci s rodinou, s dítětem a s orgány.

Například KP1 uvádí: „Mám na starost spisovou dokumentaci dětí, potom mám na starost nějaké doprovody do školních zařízení, komunikaci s rodiči, komunikace se soudy, s odděleními sociálně právní ochrany dětí, píše zprávy k soudu.“

KP6 popisuje: „Styk s dětmi, styk s veřejností, se všemi složkami, které se podílí na péči o dítě, takže to jsou vlastně především rodiče jako zákonní zástupci, sociálně právní ochrana dětí, vedu složku dítěte od příchodu do zařízení až po jeho propuštění.“

KP7 říká: „*Podílím se na pobytech v rodinách, spisové dokumentaci dětí, jednání se soudy, spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí.*“

KP8 Uvádí: „*Moje náplň práce je komunikovat s okolím, to jsou soudy, policie, orgány sociálně-právní ochrany dětí, s veřejností a rodinou, zajišťovat dokumentaci.*“

KP2, KP3, KP4 se shodli, že dochází do rodin, sestavují individuální plány a dělají rozhovory s rodinou i dětmi.

Například KP2 popisuje: „*Docházím do rodin, sestavuji individuální plány, zpracovávám podrobné vyhodnocení, je tak administrativní činnost i terén.*“

KP3 uvádí: „*Docházím do rodin, děláme pohovory s dětmi i s rodinou, jakékoli spory mezi rodiči ohledně péče, individuální plány.*“

KP4 říká: „*Reagujeme na různá oznámení, pohovor s dítětem, pohovor s rodinou, následné individuální plánování.*“

KP9, KP10 a KP11 se shodli na tom, že primárně poskytují krizovou intervenci.

Například KP9 uvádí, že: „*Já jsem hlavně krizový intervent, takže krizová intervence u syndromu CAN jako zneužívaného, týraného dítěte.*“

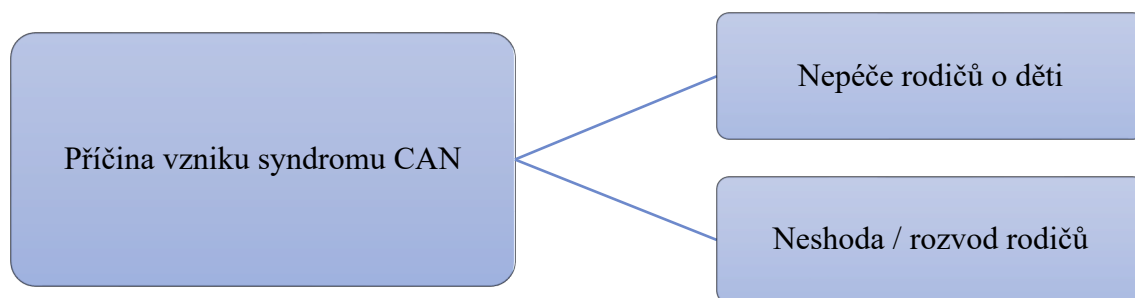
KP10 říká: „*Práce s klienty, poskytování hlavně v první řadě krizové intervence v podstatě komunikativní.*“

KP11 popisuje: „*Pracuji především s dospělými klienty, kdy řešíme buď teda krizovou intervenci nebo nějakou psychosociální první pomoc.*“

Výše uvedená podkategorie, kterou jsem zkoumala ukazuje bohatý charakter práce sociálních pracovníků v oblasti péče o děti a rodiny se syndromem CAN. Zjištění ukazuje, že sociální pracovníci zastávají roli citlivých odborníků a komunikátorů pro ty, kteří jsou zasaženi touto problematikou. Náplň práce sociálních pracovníků zahrnuje širokou škálu aktivit. Spisová dokumentace, komunikace s rodinami a různými orgány, doprovody dětí a zprávy k soudu jsou některé z úkonů, které se objevují v jejich pracovní rutině. Tímto způsobem sociální pracovníci zajišťují tok informací mezi jednotlivými subjekty, který je zásadní pro poskytování kvalitní péče dítěte. Identifikovala jsem skupinu sociálních pracovníků. Kteří se primárně zaměřují na krizovou intervenci. Tito

sociální pracovníci působí jako první reakci v krizové situaci. Jejich role přináší okamžitou podporu, která může zásadním způsobem ovlivnit další vývoj a bezpečí klientů. Práce sociálních pracovníků v oblasti syndromu CAN vyžaduje komplexní a citlivý přístup, kdy se jejich role rozkládá od administrativy, po osobní interakci a poskytování krizové intervence.

10.1.2 Kategorie 2: Příčina vzniku syndromu CAN



Obrázek číslo 2: Příčina vzniku syndromu CAN

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Druhá podkategorie se zabývá příčinou vzniku syndromu CAN.

Všichni KP se shodli na tom, že možnou příčinou vzniku syndromu CAN je nepéče rodičů o děti.

KP6, KP9 a KP11 se shodli, že další příčinou vzniku syndromu CAN je neshoda partnerů nebo rozvod rodičů.

Například PK1 uvádí, že: „*Souvisí to se zanedbáním v rodině a s nepéčí v rodině jako rodičů o děti.*“

PK2 říká: „*Sociálně slabší rodiče, nemají rodičovské schopnosti a většina rodičů sama vzešla z dětského domova.*“

PK3 popisuje, že: „*Je to jejich vlastní situace, ať už ekonomická, materiální, bytová nebo i nějaká nekompetence.*“

PK4 uvádí, že: „*Rodiče buďto neumí fungovat nebo nechtějí fungovat nebo někdy potřebují jen trochu podpory a fungovat budou umět do budoucna.*“

KP5 říká, že: „*Jsou to genetické dispozice a prostředí, ze kterého ten rodič vyrostl.*“

KP6 popisuje: „*Většinou tam bývá nějaká neshoda mezi partnery.*“

KP7 uvádí, že: „*Příčina může být ve výchově, v rodině, protože ty děti jsou zanedbávané, chybí jim láska, nemají dostatek jídla.*“

KP8 říká, že: „*Hlavně je to zanedbání, protože rodiče se o děti vůbec nestarají, tam je ta nevšímavost, odmítnutí.*“

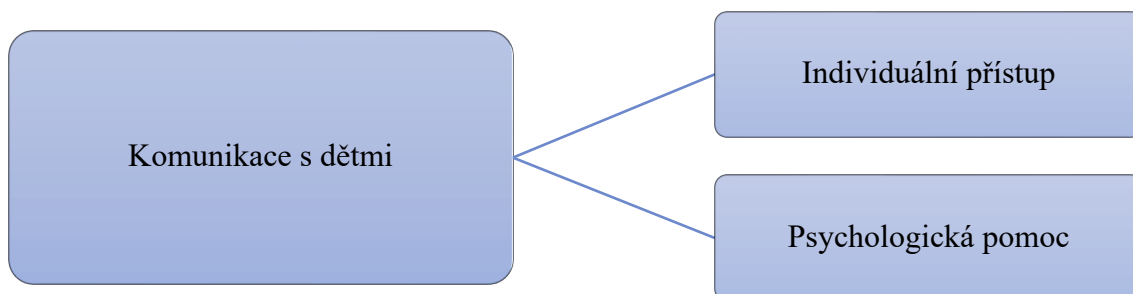
KP9 popisuje: „*Poškození dítěte nebo týrání, psychické týrání dítěte v rozvodových situacích rodičů.*“

KP10 uvádí, že: „*Nejvíce špatné chování rodičům neznalost rodičů, nižší intelekt.*“

KP11 říká: „*Spouštěčem může být jakákoliv stresová situace v rodině, například rozvod.*“

Odpovědi sociálních pracovníků ohledně podkategorie příčin vzniku syndromu CAN odhalují problematiku, která se odráží v rodinném a sociálním prostředí. Jedním z klíčových faktorů je nedostatečná péče a zanedbání ze strany rodičů. Tento pohled se objevuje ve výpovědích všech sociálních pracovníků. Nepéče může vyplývat z různých důvodů a v některých případech může jít o vrozenou genetiku či vzorce chování. Dalším faktorem, který jsem zaznamenala je neshoda mezi partnery nebo rozvod rodičů, kdy tato situace může děti vystavit stresu, napětí a emočnímu zatížení, což může vést k různým formám syndromu CAN. Celkově mé zjištění ukazuje, že syndrom CAN není omezen jedinou příčinou, ale je důsledkem vzájemných vazeb mezi individuálními, rodinnými, sociálními faktory. To zdůrazňuje potřebu individuálního a citlivého přístupu sociálních pracovníků k dětem a rodinám.

10.1.3 Kategorie 3: Komunikace s dětmi



Obrázek číslo 3: Komunikace s dětmi

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Třetí podkategorie se zabývá tím, jak sociální pracovníci komunikují s dětmi.

KP1, KP3, KP4, KP6, KP8, KP9 se shodli, že nejdůležitější při komunikaci s dětmi je nejdůležitější individuální přístup, protože každé dítě si prošlo něčím jiným.

KP2 a KP11 se shodli na tom, že nabízejí hodně psychologickou pomoc.

Například KP1 říká, že: „*Empatický, citlivý přístup s ohledem na reakce těch dětí na to týráni.*“ Dále sděluje: „*Takže tam je potřeba opravdu individuální přístup a to dítě si trochu jako ošlápnout v tom chování a koukat spíš pod ten povrch, proč takové projevy chování má.*“

KP2 uvádí, že: „*Těm dětem je nabízena potom psychologická pomoc, kdy máme zpětnou vazbu, že to pomáhá.*“

KP3 popisuje, že: „*Naše komunikace musí být samozřejmě šetrnější, vždy je volena individuálně podle daného případu.*“

KP4 říká: „*Musí to být šetrnější, opatrné a s ohledem na rozumové schopnosti toho dítěte.*“

KP6 uvádí: „Komunikace s dětmi, určitě individuální přístup.“

KP7: popisuje, že: „Jako každá máma víceméně na to dítě, se snažím na něj působit lidsky. A probíráme věci, co je tíží, co třeba neřeknou paní vychovatelce.“ Dále popisuje: „To je psychologické sezení u paní psychiatřičky nebo děti vzít do spirály do Krumlova na sezení, takže se snažíme v rámci komunikace podat i odbornou pomoc, aby o ně bylo hojně pečováno.“

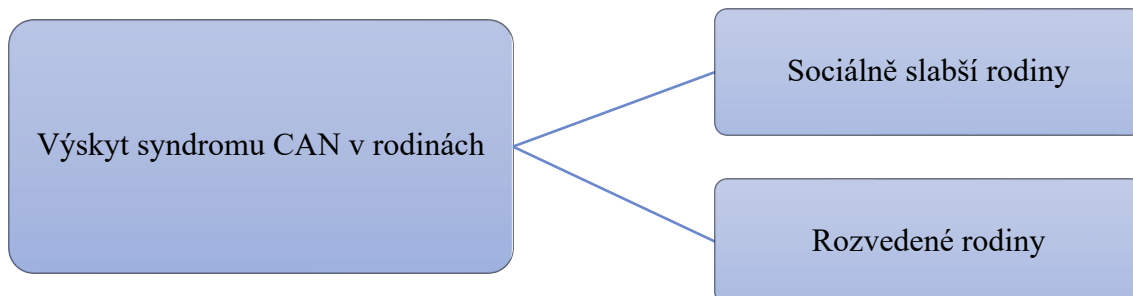
KP8 uvádí: „Případ o případu. Je to právě proto, jaká ta traumata si zažily, tam nám se málokdy dostávají v podstatě veškeré informace.“

KP9 říká: „Vytvářím nejdříve bezpečný prostor pro dítě nebo dospívajícího, protože při syndromu CAN je ohrožen pocit bezpečí a důvěr, takže se postupuje hodně pomalu. Nechávám je, aby mluvily o čem chtějí a do jaké hloubky chtějí, aby pokračovaly svým tempem.“

KP11 uvádí, že: „Neřešíme nic sami, jsou tam vlastně zároveň i třeba psychologové. My vstupujeme do toho systému a do toho řešení třeba ve formě podpůrné terapie pro ty oběti.“

Mým osobním názorem na podkategorii komunikace sociálních pracovníků s dětmi je, že individuální přístup je klíčem pro důvěryhodnou komunikaci. Každé dítě je jedinečné a prochází vlastními emocemi a zážitky. Psychologická pomoc je jedním ze základních nástrojů, kterými sociální pracovníci nebo jiní odborníci poskytnou podporu dětem se syndromem CAN. Psychologická intervence může dětem pomoci zvládnout traumatické zážitky a odolávat stresu. Souhlasím s názorem sociálních pracovníků, že vytváření bezpečného prostoru pro dítě je velice důležité, kdy se umožní dítěti, aby sdílelo své pocity, vyjádření v tempu, které je dítěti příjemné.

10.1.4 Kategorie 4: Výskyt syndromu CAN v rodinách



Obrázek číslo 4: Výskyt syndromu CAN v rodinách Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Čtvrtá podkategorie se zabývá výskytem syndromu CAN v rodinách.

KP1, KP2, KP3, KP4, KP5, KP6 se shodli na tom, že výskyt syndromu CAN je převážně u sociálně slabších rodin.

KP7, KP9, KP10 se shodli, že se nejčastěji jedná o rozvedené rodiny.

Například KP1 říká, že: „*Jsou to takové ty nepřizpůsobivé rodiny, sociálně slabé.*“

KP2 uvádí: „*Dneska to jsou už běžné rodiny, kdy nejsou třeba ze sociálně slabších rodin.*“

KP3 říká: „*Jsou to typicky sociálně slabší rodiny.*“

KP4 popisuje: „*Jedná se o sociálně slabší rodiny s existenciálními problémy, jsou většinou zajišťovány sociálními dávkami, mají potíže s bydlením.*“

KP5 uvádí, že: „*Ve většině případů sociálně slabé rodiny.*“

KP6 říká, že: „*Většinou se nejedná o manželské svazky, je to nějaké partnerské soužití nebo tam není stabilní otec, ale hlavně, co tady teď máme všechny děti, tak tam chybí otec.*“ Dále uvádí, že: „*Některé ty rodiny jsou sociálně slabé.*“

KP7 říká, že: „Rozvedené rodiny, je tam ztráta bydlení.“

KP8 říká, že: „U alkoholiků a feťáků.“

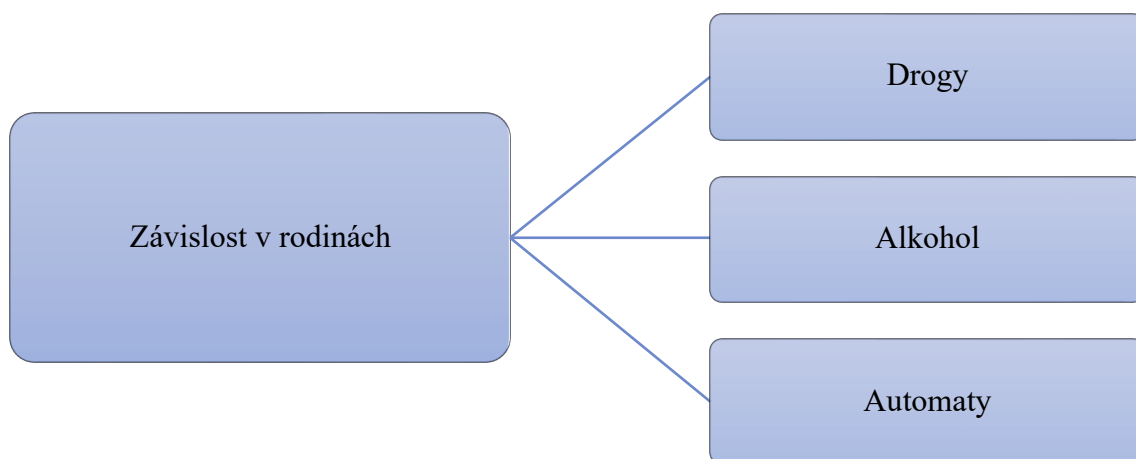
KP9 popisuje, že: „Ty rozvedené rodiny tady bývají, že jsou zasaženy ty děti hlavně psychicky.“

KP10 říká, že: „Jedná se o rozvedené rodiny.“

KP11 uvádí, že: „Často se může objevovat právě třeba u rodin u náhradní rodinné péče.“

Tato problematika zahrnuje různé sociální, ekonomické a psychologické faktory. Z odpovědí sociálních pracovníků je patrné, že situace v jednotlivých rodinách může být velmi různorodá. Pravdou se zdá být, že výskyt syndromu CAN je častější v sociálně slabších rodinách, kde mohou být ekonomické problémy nebo bytová tíseň. Rozvedené rodiny mohou být mnohem náchylnější k výskytu syndromu CAN, kdy rozvod může způsobit emocionální nestabilitu. Jak uvedli sociální pracovníci, každá rodina a každý případ je jedinečný.

10.1.5 Kategorie 5: Závislost v rodinách



Obrázek číslo 5: Závislost v rodinách

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Pátá podkategorie se zabývá závislostí v rodinách.

KP1, KP2, KP3, KP4, KP5, KP6, KP7, KP8, KP11 se shodli, že závislost v rodinách je nejvíce na alkoholu a na drogách.

KP7 také uvedl, že se jedná o závislost na automatech a počítačových hrách.

Například KP1 uvádí, že: „*Dost často ty rodiče pijí nebo fetují.*“ Dále uvádí, že: „*Rodiče ty peníze investují právě do toho alkoholu, hraní automatů, prostě pro sebe, ale pro ty děti moc ne.*“

KP2 říká, že: „*U některých rodin se závislost vyskytuje, u některých ne, třeba matka brala drogy nebo otec alkoholik.*“

KP3 říká, že: „*Nemyslím si, že by to byl standart, že by to bylo opravdu časté, ale stává se to.*“

KP4 popisuje: „*U drogově závislých nebo alkohol.*“

KP5 říká, že: „*Vyskytuje se alkohol i drogy.*“

KP6 uvádí: „*Máme tady převážnou většinu, těch 50% rodičů požívá alkohol a těch 30% i drogově závislých.*“

KP7 uvádí, že: „*Na automatech, můžou hrát počítačové hry, na nikotinu, ty drogy a alkohol.*“

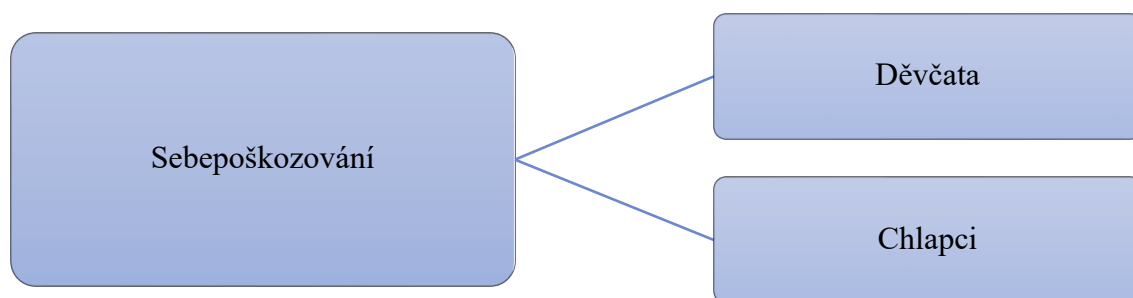
KP8 říká, že: „*Alkohol a drogy.*“

KP11 uvádí, že: „*Závislost na alkoholu i na drogách.*“

Z výpovědí sociálních pracovníků je patrné, že alkohol a drogy jsou často spojovány se situací, která může způsobit emoční a fyzické zanedbání dítěte. Závislost může vést k finančním problémům a neschopnosti rodičů poskytnout dítěti adekvátní péči. Je hrozné, že někteří rodiče investují své zdroje do alkoholu, her a jiných závislostí místo toho, aby se starali o potřeby a zájmy svého dítěte. Rodiny se mohou potýkat s různými stresory, které k dané závislosti mohou vést a může být velmi těžké se s nimi vyrovnat.

Spolupráce služeb může rodinám pomoci překonat závislosti a vytvořit stabilnější prostředí pro dítě.

10.1.6 Kategorie 6: Sebepoškozování u dětí se syndromem CAN



Obrázek číslo 6: Sebepoškozování u dětí

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Šestá podkategorie se zabývá sebepoškozováním u dětí se syndromem CAN.

Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že k sebepoškozování dochází u holek až na malé výjimky.

Například KP1 říká, že: „*Ve většině případů jsou to holky, řekla bych, že 99 % případů holky než kluci.*“

KP2 uvádí, že: „*Vím, že se to děje, většinou u holek.*“

KP5 popisuje: „*Velmi často dochází k posttraumatickému masivnímu syndromu, ale neobjevuje se hned.*“ „*Myslím si, že to budou spíše děvčata.*“

KP6 uvádí: „*Těch dětí máme hodně, často je to důsledek toho týrání.*“ „*Máme převahu dívek.*“

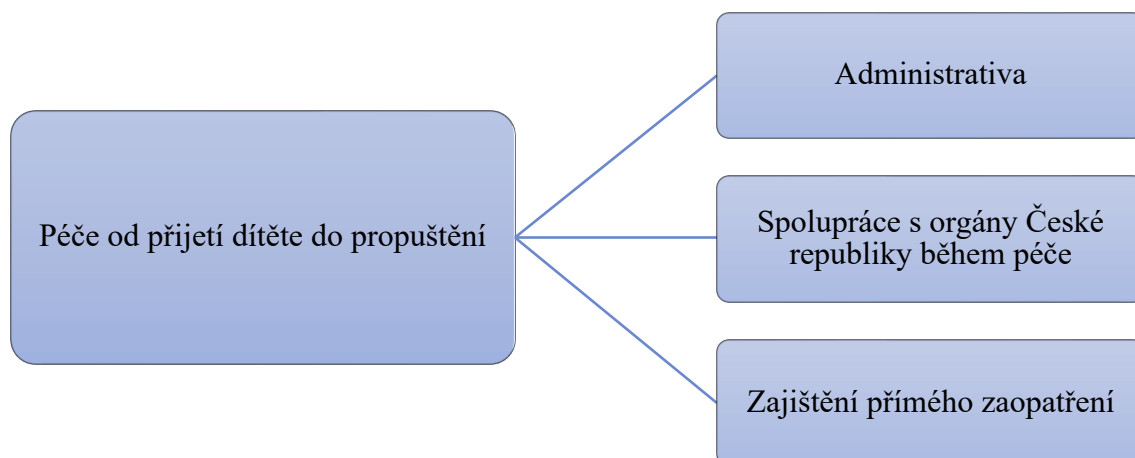
KP7 říká: „*Poškozují se, nejvíce u dívek v 90 %.*“

KP8 uvádí: „*Velmi často, jsou to většinou holky a řežou se.*“

KP11 říká, že: „*Ano, ve většině případů jsou to holky.*“

Tato problematika je nesmírně důležitá a vyžaduje citlivý přístup. Z odpovědí sociálních pracovníků je zřejmé, že sebepoškozování je častěji pozorováno u dívek než u chlapců. Sebepoškozování často vzniká jako důsledek týrání a toto chování může být způsobem, jakým se děti snaží vyjádřit své emoce. Sociální pracovníci se snaží dětem poskytnout pomoc a zázemí, které potřebují. Podpora a terapie by měly směřovat k pomoci dětem se syndromem CAN zvládat traumata, kterými si procházejí a je důležité, aby spolupracovaly s psychologickými odborníky.

10.1.7 Kategorie 7: Péče od přijetí dítěte do propuštění



Obrázek číslo 7: Péče od přijetí dítěte do propuštění

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Sedmá podkategorie se zabývá péčí od přijetí dítěte do propuštění.

Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že při péči o dítě zajišťují administrativu a spolupracují s orgány České republiky během péče.

KP1, KP6, KP7, KP8 se shodli, že zajišťují přímé zaopatření dítěte.

Například KP1 říká, že: „Zajistíme plné přímé zaopatření, to znamená ošacení, stravu, bydlení, materiální zajištění, docházky do školy, sociální podpora, pokud potřebují nějaké terapie, zdravotní zajištění, veškeré lékaře.“ Dále uvádí: „Snažíme se dítě podporovat, motivovat, natavovat jiné vzorce chování, řešíme vztahy dětí, rodičů k širší rodině, vztahy mezi opačným pohlavím, i mezi stejným pohlavím, základní sexuální výchovu, kontroly na gynekologii, antikoncepce pro holky.“ Dále uvádí, že: „Když se blíží zletilost, snažíme se jim najít práci, nějaké bydlení.“

KP2 popisuje: „My dáme podnět na Policii České republiky, že máme takové dítě, popíšeme situaci a potom čekáme na rozhodnutí trestního soudu, jak to dopadne a musíme zpracovat písemnosti, nějakou anamnézu, sepisuje se předběžné opatření na soud, musíme ty rodiče navštěvovat.“

KP3 uvádí: „Chceme mluvit s dítětem, chceme mluvit s rodiči, můžeme prošetřit i podmínky, případně v místě bydliště a můžeme si i dožádat různé instituce, když potřebujeme zkompletovat informace.“ Dále říká, že: „My potřebujeme vyhodnotit, do jaké míry to dítě je ohrožené, vypracujeme individuální plán na míru a poté je potřeba to sledovat.“

KP4 popisuje: „Uděláme nějaký plán, dáme možnosti a ověřujeme, jestli ta rodina tu nápravu zajistila.“

KP5 říká, že: „Musíme provést šetření, navštívíme dítě a jsme oprávněni ho navštěvovat v rodině, v školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, uděláme s ním pohovor a poté se vyhodnotí, co s tím dítětem bude dál, jestli může zůstat v rodině nebo jestli by se mělo odebrat.“

KP6 popisuje: „Když je dítě přijato, snažíme se poznat jeho potřeby a vypracováváme k tomu program rozvoje osobnosti dítěte, snažíme se dítě nějak posunout dopředu, vzdělávat.“

KP7 uvádí: „Musíme zjistit zdravotní dokumentaci, pracujeme na každodenní přípravě do školy, může chodit na kroužky.“

KP8 říká: „Pracujeme na jejich rozvoji, rozvíjí se kognitivní funkce, v podstatě i ta řečová, že se jede na logopedii.“

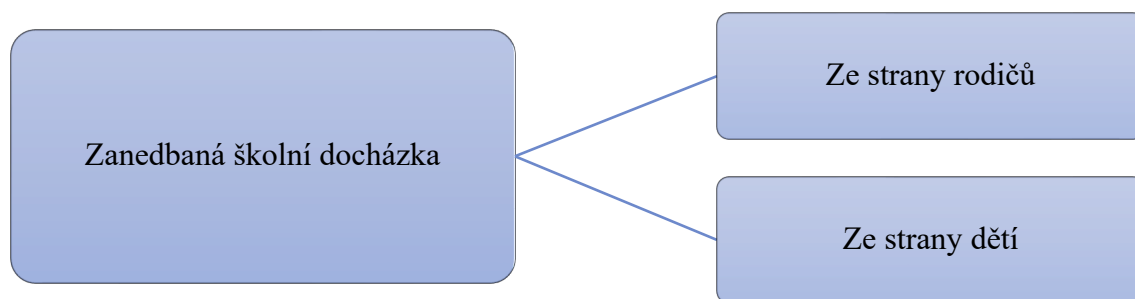
KP9 popisuje, že: „K nám se objednají telefonicky, buď sociálka nebo někdo z okolí a spolupracujeme se Ospodem.“

KP10 uvádí, že: „Záleží, jestli je klient poslaný z Ospodu nebo ze soudu, základní nabídka jsou tři konzultace, kdy se to zmapuje, doporučí se nějaké věci změnit.“

KP11 popisuje, že: „Na začátku je to podnět, který je většinou telefonický a my zjišťujeme v jaké je to fázi, jestli je to někde nahlášené, řešíme to s Ospodem a individuálně to řešíme dál.“ Dále říká: „Nemůžeme tu oběť nechat bez podpory terapeutické, psychologické.“

Sociální pracovníci v této podkategorii hrají klíčovou roli v poskytování podpory a zajištění potřeb dětí, které se nachází v obtížné situaci. Pokud je to možné, je důležité zapojit rodiče a rodinu do procesu péče. Individuální plánování je klíčem k přizpůsobení péče potřebám každého dítěte a zajištění jeho rozvoje. Rodina je velmi důležitá v obnovení rodinných vztahů a poskytnutí stabilního prostředí dítěti. Je potřeba, aby dítě bylo chráněné a mělo možnost vyjádřit své pocity a potřeby. Velmi důležité také je zaměření na celkový rozvoj dítěte a poskytnutí péče.

10.1.8 Kategorie 8: Zanedbaná školní docházka



Obrázek číslo 8: Zanedbaná školní docházka

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Osmá podkategorie se zabývá zanedbanou školní docházkou u dětí.

KP1, KP2, KP3, KP4, KP5, KP6, KP7, KP8 se shodli na tom, že je zanedbaná školní docházka ze strany rodičů.

KP1, KP3, KP4 se také shodují na tom, že děti samy nechodí do školy bez vědomí rodičů.

Například KP1 říká, že: „*Chodili samy za školu, to je jedna část dětí, někteří rodiče o tom věděli, někteří se to dozvěděli s odstupem času.*“

KP2 uvádí, že: „*To se děje u spoustu rodin, ani tam není CAN a ze strany dítěte vůbec ne.*“

KP3 popisuje, že: „*Neposílají rodiče často děti do školy a samozřejmě, když už jsou ty děti starší, tak nechodí do školy samy, to se stává.*“

KP4 říká, že: „*S tím se setkáváme, že buď je neposílají sami rodiče nebo samy děti nechodí.*“

KP5 říká, že: „*Rodiče často neposílají děti do školy.*“

KP6 uvádí, že: „*Většina rodičů děti neposílá.*“

KP7 říká: „*Neposílají rodiče děti do školy.*“

KP8 popisuje: „*Tak to ano, chlapec měl devátou školu, kde byl přihlášený a do té školy vůbec nechodil, pak se třeba odstěhovali pryč.*“

Zanedbaná školní docházka je závažný problém, který může mít dlouhodobé negativní dopady na vzdělání, osobnostní růst a budoucnost dětí. Zanedbávání školní docházky může být známkou nedostatečného zájmu ze strany rodičů. Rodiče mají důležitou roli ve sledování a podpoře školní docházky svých dětí. Jak někteří komunikační partneři zmiňovali, že rodiče nedostatečně sledovali, zda dítě do školy dochází nebo dokonce, kdy děti samy nechodily do školy bez vědomí rodičů ukazují nedostatečnou komunikaci a dohled nad vzděláním dítěte. Je důležité si uvědomit, že pravidelná školní docházka je důležitá pro jeho budoucí profesní rozvoj.

11 Diskuze

Tato bakalářská práce se zaměřuje na práci sociálních pracovníků se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte v České republice. Mým hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pracují sociální pracovníci se syndromem CAN. Informace byly zjištěny pomocí výzkumné kvalitativní strategie, metodou dotazování a technikou polostrukturovaných rozhovorů. Data, které jsem pro svůj výzkum získala, byla vyhodnocena pomocí otevřeného kódování. Výzkumné šetření do mé bakalářské práce probíhalo v dětských domovech, krizovém centru a na orgánu sociálně – právní ochrany dětí. Část rozhovorů byla prováděna formou videohovoru a část formou osobního kontaktu v organizacích a na úřadech sociálně-právní ochrany dětí. Rozhovory byly nahrávány do aplikace diktafon se souhlasem komunikačních partnerů – sociálních pracovníků.

Výzkum pro moji bakalářskou práci zahrnoval 8 kategorií:

V první kategorii jsem se zaměřila na náplň práce jednotlivých sociálních pracovníků v organizacích-v dětských domovech, krizových centrech a na orgánu sociálně – právní ochrany dětí. Nejčastěji komunikační partneři poznamenali, že mají na starost spisovou dokumentaci dat dítěte, doprovody dětí, komunikaci s rodinou a s dítětem, kontroly v rodinách, komunikaci s orgány České republiky a vytváření individuálních plánů dětí. Práci sociálních pracovníků v krizovém centru a na orgánu sociálně – právní ochrany dětí popisuje ve své literatuře i Matoušek (2017). Matoušek (2017) uvádí, že mezi základní činnosti sociálního pracovníka na orgánu sociálně – právní ochrany dětí je platná legislativa, komunikace se zdravotnickým a školním zařízením pro děti, soudní řízení, trestní řízení, vytváření individuálních plánů dětí a komunikaci. Podle Matouška (2017) pomáhá sociální pracovník nastavovat priority rodinných potřeb, snižovat riziko ohrožení dítěte, poskytují cenné rady rodičům, také zastupují dítě při rozvodovém řízení a při trestním řízení, také sociální pracovník rozeznává, jestli je rodič schopen se o dítě postarat a zajistit jeho výchovu. Autor ve své knize dále uvádí, že sociální pracovníci hodnotí výchovné prostředí, které může mít vliv na dítě. (2017).

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak pracují sociální pracovníci se syndromem CAN. Práce sociálních pracovníků zahrnuje určité kroky, jako je identifikace a hodnocení.

Prvně je potřeba identifikovat podezření na zanedbávání, týrání nebo zneužívání, přičemž sociální pracovníci mohou získat informace od škol, sousedů, zdravotnických zařízení, poté provedou hodnocení situace, včetně rozhovorů s dítětem, jeho rodinou. Důležitá je ochrana dítěte, pokud je dítě v ohrožení, sociální pracovníci musí zajistit okamžitou ochranu. Na základě vyhodnocení sociální pracovníci vytvoří plán péče, který je zaměřen na potřeby dítěte a rodiny. Tento plán může zahrnovat cíle, intervence a zdroje podpory, které mají pomoci překonat problémy spojené se zanedbáváním, týráním a zneužíváním. Sociální pracovníci spolupracují s odborníky, jako jsou lékaři, psychologové, právníci, učitelé, aby zjistili komplexní péči a intervence pro dítě. Tato multidisciplinární práce je klíčová pro úspěšné zvládnutí situace. Sociální pracovníci mohou poskytovat důkazy a svědectví v právním procesu, který se týká ochrany dítěte. Pravidelně monitorují situaci dítěte a rodiny, sledují pokrok a hodnotí účinnost. Kromě akutní prevence se také zaměřují na prevenci budoucího zanedbávání, týrání a zneužívání, to může zahrnovat vzdělávání rodin o zdravém rodičovství, podporu v náročných situacích a poskytování informací. Práce sociálních pracovníků se syndromem CAN je komplexní a citlivý proces, který klade důraz na ochranu a zájmy dítěte, zlepšení rodinného prostředí a poskytování potřebné podpory a intervence. Mezi specifika práce s dětmi se syndromem CAN patří ochrana a bezpečnost dítěte, kdy se může jednat o okamžité zasahování, fyzické oddělení od pachatele a spolupráci s dalšími profesionály, jako jsou právníci, lékaři a psychologové. Dalším specifikem je vyhodnocení situace, kdy sociální pracovníci musí vyhodnotit celou situaci dítěte, včetně rozsahu zanedbávání, týrání a zneužívání, psychický stav dítěte a jeho rodinné prostředí. Dalším specifikem je podpora dítěte, kde se často jedná o psychologickou a emocionální podporu. Zjišťování potřeb a zájmů dítěte, kde je potřeba zjistit, jaké jsou jeho potřeby a zájmy a zajistit, aby byly respektovány, mohou zahrnovat zajištění vzdělávání, zdravotní péče, rekreační aktivity a další možnosti rozvoje. Dalším specifikem práce s dětmi se syndromem CAN je práce s rodinou, kdy se sociální pracovníci snaží zlepšit rodinné vztahy a odstranit faktory, které vedly k zanedbávání, týráním, sexuálnímu zneužívání. Může to zahrnovat návrhy na rodinnou terapii, návštěvy doma a poskytování rodičovských dovedností.

Ve výzkumu tři komunikační partneři z krizového centra potvrdili to, co autor se své literatuře uvádí. Sociální pracovnice z krizového centra uvedly, že poskytují informace

rodičům, zastupují děti při rozvodovém nebo trestním řízení a také nabízejí psychologickou pomoc v krizovém centru. Je dobře, že komunikační partneři zdůrazňují širokou škálu činností, které sociální pracovníci v těchto organizacích vykonávají. Důležitá je spisová dokumentace dat dítěte, která je nezbytná pro evidenci a sledování jeho vývoje, doprovody dětí, komunikace s rodinou a s dítětem a vyjádření individuálních plánů pro poskytování cílené podpory. Na práci sociálního pracovníka na orgánech sociálně-právní ochrany dětí, jak uvádí Matoušek, ukazuje na komplexnost a důležitost jejich role. Děti v obtížných životních situacích mohou čelit emocionálním a psychologickým výzvám a proto je důležité, aby sociální pracovníci byli schopni jim poskytnout odpovídající podporu.

V druhé kategorii jsem se zaměřila na příčiny vzniku syndromu CAN. Komunikační partneři popisovali, že se jedná o nepéči dítěte a další závažné okolnosti, které mohou ovlivnit život dítěte. Dunovský (1995) v literatuře uvedl, že syndrom CAN se projevuje různými jevy a vzniká za mnoha příčin, mají různý charakter a jsou velmi závažné. Také příčinou je často nezvládnutelná agrese rodiče proti dítěti, kde je velká nadřazenost dospělého nad dítětem. Komunikační partneři popisovali získané poznatky z praxe, to umožňuje získat pohled z první ruky, konkrétní situace a detaily, které by nemusely být zahrnuty v literatuře. Srovnání s literárním zdrojem, jako je zmíněná práce Dunovského (1995) je také velmi důležité. Uvádění jevů, příčin vzniku syndromu CAN, včetně agrese rodičů vůči dítěti. Tímto srovnáním se potvrzují teoretické pohledy v literatuře, což dodává výzkumu věrohodnost.

Třetí kategorie je zaměřena na komunikaci s dětmi. Komunikační partneři uváděli, že je velmi důležitý individuální přístup, protože každé dítě si prošlo něčím jiným. Stejně tak ve své literatuře Matoušek (2017) uvádí, že se jedná o komunikaci srozumitelnou a přiměřenou věku dítěte. Ve velkém množství případů jsou oběti děti, které mají vrozené poškození nebo také zaostávají v různém vývoji (Matoušek, et al., 2005).

Tato podkategorie přináší shodu mezi praktickými zkušenostmi komunikačních partnerů a literaturou. Zdůrazňuje význam individuálního přístupu k jednotlivým dětem. Komunikační partneři poukázali na fakt, že každé dítě prošlo odlišnými zkušenostmi a situacemi, což vyžaduje citlivý a přizpůsobivý přístup. Shoda s teorií, jakou přináší Matoušek (2017), podtrhuje důležitost komunikace, která je srozumitelná, adekvátní

věku a vývoji dítěte. Potvrzuje důležitost zohledňování individuálních potřeb a schopností každého dítěte při navazování kontaktu a poskytování podpory. Zároveň poukazuje na to, že literatura může být aplikována a uplatněna v konkrétních situacích, které napomáhají efektivnímu a empatickému sociálnímu působení ve prospěch dětí v rizikových situacích.

Ve čtvrté kategorii jsem se zaměřila na výskyt syndromu CAN v rodinách.

Komunikační partneři uváděli, že nejčastěji je výskyt syndromu CAN v rodinách, které jsou sociálně slabší nebo rozvedené. Mnoha rodičů dětí se syndromem CAN pochází z problémových rodin (Matoušek et al., 2005). Dunovský (1995) ve své literatuře publikuje, že výskyt syndromu CAN může být v rodině, kdy například hrozí rozpad rodiny. Shoda mezi komunikačními partnery a literaturou vypovídá o tom, že častý výskyt syndromu CAN je spojen s určitými charakteristikami rodin. Také upozorňuje na to, že problémy v rodině, jako je hrozba rozpadu rodiny, může být spojena s vyšším rizikem pro děti s názorem Dunovského (1995), který zdůrazňuje vliv rodinné změny na výskyt syndromu CAN.

Pátá kategorie je zaměřena na závislost v rodinách. Komunikační partneři do výzkumu dopověděli, že ve většině případů se v rodinách vyskytuje závislost. Jedná se o závislosti na alkoholu, drogách, ale také na automatech či počítačových hrách.

Přítomnost těchto závislostí může mít vážné následky nejen pro dospělé, ale hlavně pro děti, které jsou v takovém prostředí vychovávány. Je důležité si uvědomit, že závislosti v rodinách mají značný vliv na děti a mohou mít dlouhodobé následky na jejich vývoj a životní cestu. Výzkum naznačuje, že je důležité poskytnout rodinám se závislostmi podporu a pomoc, aby bylo možné zlepšit jejich situaci a minimalizovat negativní dopady na děti.

Šestá kategorie je zaměřena na sebepoškozování u dětí. Špeciánová (2003) ve své literatuře uvádí, že týrání je špatným uspokojením tělesných potřeb dítěte. Také mezi fyzické týrání se zahrnují popáleniny (Lipový, 2011). Komunikační partneři uvedli, že ve většině případů se sebepoškozují děvčata, formou řezání, popálenin nebo trhání nehtů na nohou. Toto srovnání literatury a výzkumu poskytuje hlubší vhled do problematiky sebepoškozování u dětí. Literatura od Špeciánové a Lipové poukazuje na to, že týrání může zahrnovat různé formy tělesného poškození, které odrážejí narušení

tělesných potřeb a pocity bezmoci. To je v souladu s tím, co komunikační partneři uvádějí, konkrétně že sebepoškozování u dětí často probíhá formou řezání, popálenin nebo trhání nehtů na nohou.

V sedmé kategorii jsem se zaměřila na péči od přijetí dítěte do propuštění. Matoušek (2017) uvádí, že sociální pracovník má základní znalosti a spolupracuje se systémem zdravotnických a školských zařízení, systémem sociální správy, trestní řízení. Komunikační partneři se shodují s autorem, uvedli, že spolupracují s orgány České republiky během péče, administrativu a zajištění přímého zaopatření. Tato podkategorie nám ukazuje, jak se péče o děti v různých organizacích a situacích liší a zároveň potvrzuje důležitost spolupráce a komunikace mezi různými orgány a odborníky. Literatura od Matouška (2017) podporuje zjištění komunikačních partnerů ohledně důležitosti spolupráce sociálních pracovníků s různými systémy, jako jsou zdravotnická zařízení, sociální správa a trestní řízení. Lze říci, že toto srovnání potvrzuje významnou roli sociálních pracovníků v zajištění péče a ochrany dětí, ať už v krizových centrech, dětských domovech nebo na orgánech sociálně-právní ochrany dětí.

Osmá kategorie se zabývá zanedbanou školní docházkou, kdy komunikační partneři uvedli, že zanedbaná školní docházka je většinou ze strany rodičů, kdy rodiče jsou si vědomi toho, že jejich dítě se nevzdělává a nemají s tím problém. Někteří komunikační partneři uvedli, že zanedbaná školní docházka je ze strany dítěte. Autoři ve své literatuře uvádějí, že chybí kontakt s ostatními dětmi a tudíž nedochází ani k začleňování, poté také v dospělosti, mají problém s navazováním nových vztahů a špatné výsledky ve škole (Pemová a Ptáček, 2016). Srovnání poukazuje na důležitost a dopady zanedbané školní docházky na děti a jejich budoucnost. Komunikační partneři výzkumu i autoři literatury souhlasně zdůrazňují, že zanedbaná školní docházka může mít negativní důsledky nejen v okamžiku, kdy dítě zmešká výuku, ale také na dlouhodobé vzdělávání, sociální začleňování a vytváření zdravých mezilidských vztahů. Zjištění komunikačních partnerů, že zanedbaná školní docházka je většinou způsobena stranou rodičů, kteří nejsou ochotni nebo schopni zajistit pravidelnou část svého dítěte ve škole, se shoduje s literaturou. Pemová a Ptáček (2016) poukazují na problém kontaktu s ostatními dětmi a začleňování, což může mít významný vliv na sociální a emocionální vývoj dítěte.

Je obohacující zkoumat téma syndromu CAN ze dvou perspektiv – jednak z pohledu praktických zkušeností komunikačních partnerů a zároveň na základě literatury, která se zabývá touto problematikou.

12 Závěr

Bakalářská práce „sociální práce se syndromem CAN“ je rozdělena na dvě části a to teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou napsány základní informace problematice syndromu CAN z odborné literatury.

Sociální práce se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte zastává klíčovou úlohu v ochraně, podpoře a zajištění bezpečí dětí naší společnosti. Tato problematika je závažná a vyžaduje neustálou snahu a spolupráci různých profesionálů, institucí, organizací. Sociální pracovníci mají schopnost vnímat varovné signály, díky svému postavení ve společnosti, které mohou naznačovat, že je dítě v ohrožení. Úsilí sociálních pracovníků směřuje k tomu, aby dítěti poskytli bezpečí, podporu a vytvořili prostředí, kde se bude dítě cítit dobře a bude respektováno. Je zde kladený důraz na práci s celou rodinou, komunitou a dalšími odborníky, který je klíčem v úspěšné intervenci a prevenci se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte. Intervence v případech syndromu CAN vyžaduje citlivý přístup a práce s rodinami s touto problematikou vyžaduje empatii, porozumění a schopnost budovat důvěru. Sociální pracovníci působí jako článek mezi dětmi, rodinami a dalšími různými profesionály, který je spojuje a kteří spolupracují na zajištění bezpečí a ochrany.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak pracují sociální pracovníci se syndromem CAN. Ke splnění cíle, který jsem si stanovila, byly vypracovány otázky do polostrukturovaného rozhovoru. Ke zjištění a naplnění cíle byly provedeny rozhovory s mluveným telefonickým souhlasem vedení dětských domovů, orgánů sociálně – právní ochrany dětí a krizového centra. Výsledkem rozhovorů jsou tabulky s odpověďmi od jednotlivých sociálních pracovníků. Z rozhovorů bylo zjištěno, že sociální pracovníci se syndromem CAN pracují velmi podobnými způsoby, liší se práce sociálních pracovníků dětských domovů, krizového centra a orgánu sociálně – právní ochrany dětí, příkladem rozdílu je administrativa.

Závěrem je, že sociální práce se syndromem CAN – syndromem zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte hraje nezastupitelnou roli v boji proti zanedbávání, týrání a zneužívání dětí v rodinách. Práce sociálních pracovníků přináší naději a změnu do

života dětí a rodin, které se ocitli v dané těžké situaci. Důležité je, aby každé dítě mělo právo na bezpečí, lásku a ochranu.

Má bakalářská práce může být přínosem pro získání informací o dané problematice pro studenty v daném oboru, pro pracovníky a pro veřejnost. Věřím, že má bakalářská práce přispěje informace o této problematice a podpoří další snahy o zlepšení ochrany dětí před syndromem CAN – syndrom zanedbávaného, týraného a zneužívaného dítěte. Bakalářská práce může být také využita jako materiál pro studenty, pro laickou i odbornou veřejnost.

13 Seznam použité literatury

1. BECHYŇOVÁ, V., 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.
2. BISKUP, P. 2001. *Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte - doporučený postup určený lékařům primární péče*.
3. DUNOVSKÝ, J., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-192-5.
4. DUNOVSKÝ, J., WEISS, P., TROJAN, O. 1997. *Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí: sborník z konference East - West, Praha 1996*. Praha: Jan. ISBN 80-855-2931-9.
5. FERRARA, Pietro a Sergio BERNASCONI, 2017. *From "classic" child abuse and neglect to the new era of maltreatment. Italian Journal of Pediatrics* [online]. 43(1), - [cit. 2023-07-20]. DOI: 10.1186/s13052-017-0336-1. ISSN 1824-7288. Dostupné z: <https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-017-0336-1>
6. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.
7. HANUŠOVÁ, J., 2006. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN isbn80-86991-78-4.

8. HUBÁČKOVÁ, J. Formy a následky psychického týrání, zneužívání a zanedbávání. *Národní informační centrum pro mládež*. 2017 [cit. 2023-07-20].
9. CHANG, J.J., THEODORE, A.D., MARTIN, S.L., RUNYAN, D.K., *Child Abuse & Neglect: Psychological abuse between parents: Associations with child maltreatment from a population-based sample*[online]. 2008 [cit. 2023-1-4].
Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213408001312>
10. JEDLIČKA, R., 2015. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
11. JOHNSON, C.F., *The lancet: Child sexual abuse* [online]. 2004 [cit. 2023-1-4].
Dostupné z:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673604167718>
12. KALIBOVÁ, P., 2011. *Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte jako aktuální celospolečenský problém se zaměřením na informovanost pedagogů o tomto jevu* [online]. 22.11.2011 [cit. 2023-12-3].
13. K. WURTELE, S., *Preventing Sexual Abuse of Children in the Twenty-First Century: Preparing for Challenges and Opportunities* [online]. 2009 [cit. 2023-1-7].
Dostupné z:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10538710802584650>
14. KNECHTOVÁ, Z., POKORNÁ, A., PEŠÁKOVÁ, E., DOLANOVÁ, D., 2019. *Kvalitativní výzkum*. [online]. Is.muni.cz. [cit. 2023-7-10]. Dostupné z:
https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/06-kvalitativni.html

15. KUKLA, Lubomír, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4738-741

16. LIPOVÝ, M.B., SUCHÁNEK, M.I. AND GREGOROVÁ, M.N. *Doživotní následky po popálení jako trest za neposlušnost. Pediatr. praxi*, 2011. [online]. [cit. 2023-7-20]. Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2011/03/12.pdf>

17. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., ed., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.

18. MATOUŠEK, O., ed., 2017. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1242-3.

19. MATYSKOVÁ, A., *Syndrom týraného dítěte CAN. Opsychologii.cz* [online]. 2014 [cit. 2023-07-20]. Dostupné z: <http://www.opsychologii.cz/clanek/139-syndrom-tyraneho-ditete-can/>

20. MILFAIT, R., 2008. *Komerční sexualizované násilí na dětech*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-320-8.

21. MIOVSKÝ, M. et al., 2015. *Programy a intervence školské prevence rizikového chování v praxi*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-7422-391-4.

22. NOVOTNÁ, V., *Ochrana dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných*. [online]. [cit.2023-12-03]. Dostupné z: https://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4051893

23. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5695-0.
24. PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2022. *Data o dětech: sociálně-právní ochrana dětí v České republice v datech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1338-5.
25. RYDVALOVÁ, R., JUNOVÁ, B., 2011. *Jak sladit práci a rodinu: --a nezapomenout na sebe*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-3578-8.
26. STOLTENBORGH, M., BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., H. VAN IJZENDOORN, M., *The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect* [online]. 2012 [cit. 2023-1-5]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-012-0549-y>
27. ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2.
28. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2010. *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-3181-0.
29. ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde. ISBN 80-86131-44-0.
30. VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., 1999. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-878-6.

14 Seznam obrázků

Obrázek číslo 1: Náplň práce sociálního pracovníka

Obrázek číslo 2: Příčina vzniku syndromu CAN

Obrázek číslo 3: komunikace s dětmi

Obrázek číslo 4: Výskyt syndromu CAN v rodinách

Obrázek číslo 5: Závislost v rodinách

Obrázek číslo 6: Sebepoškozování u dětí

Obrázek číslo 7: Péče od přijetí dítěte do propuštění

Obrázek číslo 8: Zanedbaná školní docházka

15 Seznam zkratk

CAN	Child Abuse and Neglect
ČR	Česká republika
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí