



Role sociálního pracovníka v problematice syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

Bakalářská práce

Studijní program:

B7508 Sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce:

Nikola Kohlová

Vedoucí práce:

Mgr. Alena Bjorke

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Role sociálního pracovníka v problematice syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

Jméno a příjmení: **Nikola Kohlová**
Osobní číslo: P17000435
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: **2018/2019**

Zásady pro vypracování:

Cíl BP: Zjistit jakou roli sehrává sociální pracovník při systémovém řešení syndromu CAN.
Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů
Metody: Dotazování.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

BECHYŇOVÁ, Věra, KONVIČKOVÁ, Marta. Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
BECHYŇOVÁ, Věra. Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém. Praha: IREAS, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.
DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Ochrana týraného a zneužívaného dítěte. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0.
WEISS, Petr. Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0929-5.

Vedoucí práce:

Mgr. Alena BJORKE
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

3. dubna 2019

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2020

prof. RNDr. Jan Píček, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

14. prosince 2020

Nikola Kohlová

PODĚKOVÁNÍ

Za odborné vedení, cenné rady a připomínky při vypracování bakalářské práce děkuji Mgr. Aleně Björke,

V neposlední řadě děkuji mému manželovi Romanovi za trpělivost a podporu během mého studia.

Poděkování také patří kolegyni Mgr. et Mgr. Monice Chroustové za její čas a ochotu mi pomoci s prací po technické a gramatické stránce.

Anotace

Bakalářská práce se věnuje syndromu CAN a roli sociálního pracovníka v této problematice. Práce se dělí na část teoretickou a empirickou.

V teoretické části se práce zabývá vymezením syndromu CAN, rolí rodiny, prevencí a následky syndromu CAN. V další části se zaměřuje na zajištění péče o dítě. Empirická část pak mapuje roli sociálního pracovníka a jeho charakteristiku v procesu péče.

Klíčová slova: syndrom CAN, sociální pracovník, rodina, OSPOD, týrání, zanedbávání, zneužívání.

Anotation

Bachelor's thesis deals with the CAN syndrome and the role of a social worker in the proces of caring for a child with the CAN syndrome. The work is divided into theoretical and empirical parts.

The theoretical part deals with the definition of CAN syndrome, the role of the family, prevention, and consequences of CAN syndrome. In the next part, we focus on providing child care. The empirical part then maps the role of the social worker and the characteristics in the care process.

Key words: CAN syndrome, social worker, family, OSPOD, Child Abuse and Neglect.

Seznam zkratk

Syndrom CAN – Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSN – Organizace spojených národů

ZDVOP – Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

Obsah

Úvod.....	7
1 Syndrom CAN.....	8
1.1 Formy syndromu CAN.....	9
1.1.1 Tělesné týrání.....	9
1.1.2 Psychické týrání.....	12
1.1.3 Zanedbávání.....	13
1.1.4 Sexuální zneužívání.....	14
1.1.5 Münchhausenův syndrom.....	16
1.1.6 Zvláštní formy CAN.....	17
1.2 Prevence syndromu CAN.....	19
1.3 Následky syndromu CAN.....	19
2 Rodina ve vztahu k syndromu CAN.....	21
2.1 Rodina a její funkce.....	21
2.2 Rizikové faktory rodiny.....	23
3 Zajištění péče o dítě se syndromem CAN.....	24
3.1 Základní legislativní rámec.....	25
3.2 OSPOD.....	26
3.3 Role sociálního pracovníka.....	27
3.4 Sanace rodiny.....	28
4 Empirická část.....	32
4.1 Cíle průzkumu.....	32
4.2 Průzkumné otázky.....	32
4.3 Metodologie průzkumu.....	33
4.4 Respondenti.....	33
4.5 Skladba dotazníku.....	33
4.6 Analýza výsledků empirického šetření.....	34
4.7 Průzkumná zjištění.....	45
5 Diskuse.....	47
6 Doporučení pro praxi.....	50
ZÁVĚR.....	52

Seznam použitých zdrojů	54
Seznam grafů.....	58
Seznam příloh.....	59

Úvod

„Rodič, který své dítě bije nebo uráží, většinou ví, že dítěti ubližuje. To, co většinou neví, je, proč to dělá“.

Schmidová (2010, s. 48)

Rodina je pro většinu dětí ještě stále zdrojem bezpečí, jistoty a místem, kde se dítě připravuje na budoucí život, socializuje se a získává vzory. Ovšem ne všechny děti mají to štěstí a jsou zahrnuty péčí a láskou. Právě na děti, kterým je v rodinném prostředí ubližováno se zaměříme v předložené bakalářské práci. Naším cílem bylo zjistit, jakou roli v systému pomoci hraje sociální pracovník.

Bakalářskou práci tvoří část teoretická a část praktická. V teoretické části této bakalářské práce bylo provedeno vymezení základních pojmů týkajících se syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Dále zde byly rozebrány jednotlivé formy násilí. Byla popsána funkce rodiny a to, jaké následky může syndrom CAN mít. V dalších kapitolách jsme se zabývali také prevencí u dětí ohrožených syndromem CAN. V závěru teoretické části jsme zmapovali zajištění péče o dítě se syndromem CAN z pohledu současné legislativy.

Empirická část bakalářské práce je zaměřená na průzkum mapující úlohu sociálního pracovníka při systémovém řešení syndromu CAN prostřednictvím dotazníkového šetření. Zjišťováno bylo například, jaké mají sociální pracovníci vlastní hodnoty a postoje, jak se k těmto sociálním pracovníkům chovají klienti a také to, s jakými úskalími se při své práci sociální pracovníci setkávají.

V závěru práce se na základě získaných výsledků věnujeme doporučení pro praxi.

1 Syndrom CAN

Na úplný začátek bychom rádi uvedli, co je to zkratka syndrom CAN: CAN je zkratkou anglických slov - Child Abuse and Neglect (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte). Existuje nepřehledné množství našich i zahraničních definic syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Většina autorů se shoduje, že jde o jakékoliv nenáhodné vědomé jednání blízké osoby vůči dítěti (rodiče, vychovatele nebo jiné osoby), které je v dané společnosti nepřijatelné či odmítané a lze mu předcházet. Je to chování, které poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte. Ne vždy a ne všichni rodiče jsou totiž schopni naplnit dětství svých dětí láskou. (srov. Dunovský a kol. 1995; Dunovský 2005; Krejčířová 2007; Schmidová 2010).

Matoušek a Pazlarová (2010, s. 137) ve své knize stručně popisují Syndrom CAN jako neposkytování nutné péče nebo úmyslné ubližování dítěti, a to zpravidla jeho rodiči nebo osobami, které mají dítě v péči. Jako nejextrémnější podobu úmyslného ubližování dítěti uvádí Schmidová (2010, s. 40) zabití dítěte.

Pro přesnou definici syndromu CAN lze použít citaci Dunovského a kol. (1995, s. 24), kteří za týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte považují: *„jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozují tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.“*

Pojem syndromu CAN se postupně formuloval. Roku 1962 popsal lékař C. H. Kempe syndrom bitého dítěte, který byl vysvětlen jako souhrn zvláštních poranění dětí, která nemohla být přivolána úrazem. Postupné poznávání a odhalování tělesného týrání dítěte ukázalo, že všechny děti, které jsou vystaveny tělesnému týrání, strádají také psychicky a emocionálně. Toto dopomohlo k doplnění syndromu bitého dítěte o psychické týrání. Dále se k problematice připojuje sexuální zneužívání a je tak formulován syndrom CAN a to v letech 60. a 70. (Šance dětem)

V naší zemi se odborníci těmito problémy začali zabývat až v 70. letech 20. století. V průběhu 90. let se postupně rozvíjeli linky důvěry, krizová centra a neziskové organizace zaměřené na pomoc a podporu ohroženým dětem. Teprve v roce 1990 byla u

nás poprvé zavedena evidence případů CAN. O rok později vstoupila v platnost Úmluva o právech dítěte. (Krejčířová 2007, s. 9-10)

Dunovský (2005, s. 159) specifikuje syndrom CAN v současném pojetí jako: *„vzájemně provázaný multidimenzionální jev dotýkající se nejrůznějších oblastí života dítěte a jeho rodiny, ve svých důsledcích pak i celé společnosti.“*

1.1 Formy syndromu CAN

Vzhledem k zaměření této práce považujeme za důležité zmínit jednotlivé formy syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Krejčířová (1995, s. 195) uvádí, že neadekvátní péče o dítě může mít mnoho forem, přičemž přechody mezi nimi jsou plynulé a mnohdy se mohou vyskytovat současně. Dle mnoha autorů jsou jednotlivé formy následující: týrání dítěte (tělesné a psychické), zanedbávání, sexuální zneužívání a zvláštní formy týrání (např. Münchhausenův syndrom). (srov. Krejčířová 1995; Dunovský a kol., 1995; Schmidová 2010). O jednotlivých formách se rozepisujeme níže.

1.1.1 Tělesné týrání

„Tělesné týrání je definováno jako tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění ublížení, popřípadě nezabránění utrpení dítěte, včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno.“ (ICV vláda, Zdravotní komise Rady Evropy)

K tělesnému týrání docházelo od pradávna a jsou s ním spojeny i tělesné tresty. Dříve byly součástí výchovy a byly pokládány za oprávněné. *„Mezi společnostmi přijatelnou mírou tělesného týrání je neurčitá a často překročitelná hranice.“* (Krejčířová 2007, s. 11)

Bacus (2003, s. 81) uvádí, že trest je dvojsečné řešení. Může rodičům pomoci prosadit jejich autoritu, ale za předpokladu, že je oprávněný, následuje po napomenutí a je přiměřený provinění. Pokud je přehnaný, bude vnímán jako nespravedlnost a ponižování. Autorka tvrdí, že obvykle postačí, když dítě na několik minut postavíte takzvaně „mimo hru“ (do kouta nebo pryč do jiné místnosti).

U některých rodičů i učitelů stále ještě přetrvává názor, že tělesné tresty jsou vhodným výchovným prostředkem. A to i přesto, že tělesné tresty dítě nevychováají, ale mají spíše krátkodobý efekt. Schmidová (2010, s. 41) dále uvádí, že: „*Tělesné tresty znamenají zneužití moci dospělého nad dítětem a učí dítě akceptovat fyzické násilí jako metodu řešení problémů.*“

Podle Krejčířové (2007, s. 13) se uvádí, že až 10% úrazů ošetřených dětí na dětské pohotovosti je způsobeno tělesným týráním. Znaků, které by měly vést lékaře k podezření na týrání je hned několik. Například to, že uváděný mechanismus zranění neodpovídá závažnosti zranění, změna popisu zranění nebo odmítnutí rodiče dát souhlas k hospitalizaci dítěte do nemocnice. Děti často týrání popírají buď ze strachu z dalšího týrání či ve snaze chránit rodiče, k nimž mají silnou emoční vazbu.

Dunovský a kol. (1995, s. 41-64) rozdělují tělesné týrání podle povahy na aktivní a pasivní. Tělesné týrání dětí a jejich zneužívání aktivní povahy zahrnuje všechny akty násilí na dítěti. Jedná se o neúmyslné i úmyslné nepečování při závažných psychických poruchách či nezralosti rodičů. Takové jednání má za důsledek nedostatečný vývoj dítěte a dokonce i smrt. Pasivní tělesné týrání je neuspokojení základních tělesných potřeb i v návaznosti na sociální a psychické potřeby.

Při tělesném týráním dochází k poranění orgánů a jejich funkcí a lékaři jsou rozděleny do dvou skupin: zjevná poranění (otevřená) = porušení kůže, zhmožděny, kousnutí, bodné, sečné či tržné rány, popáleniny. Naproti tomu skrytými zraněními rozumíme otřesy mozku, poranění míchy, vytrhávání vlasů, poranění svalů a šlach, zlomeniny, či údery tupými předměty do nitrobřišní oblasti, čímž může být způsobeno roztržení jater, sleziny a žaludku. (Dunovský a kol. 1995, s. 42-48)

Za aktivní formy fyzického týrání Špeciánová (2003, s. 156) považuje:

- Nepříměřené bití rukou (např. facky)
- Bití různými nástroji
- Kopání (dochází k poranění vnitřních orgánů)
- Bodné a řezné rány
- Vytrhávání vlasů
- Kousání dítěte

- Způsobování popálenin (nejčastěji cigaretou nebo třením, např. vlečením dítěte po koberci), ze schodů.

Dunovský a kol. (1995, s. 41-59) jako další formy aktivního tělesného týrání rozlišují tělesná poranění:

- Zavřená (otřesy, pohmoždění, vytrhávání vlasů, kousání, poranění svalů, poranění kostí). Dále mezi tyto formy uvádí poranění hlavy, např.: Shaken Infant Syndrom = třesení. Jedná se o extrémní násilí, které může končit smrtí dítěte. Projevuje se nitrolebečním krvácením a nitrooční hemoragií, chybí však zevní známky poranění hlavy.
- Otevřená (rány na hlavě, na hrudníku, popáleniny atd.).
- Mnohočetná, mezi které lze také zařadit Münchhausenův syndrom.

Naproti tomu tělesným týráním pasivního charakteru se myslí nedostatečné uspokojení minimálně nejdůležitějších tělesných potřeb dítěte. Jedná se o opomenutí v péči o dítě, či nepochopení rodičovské role z jakéhokoliv důvodu. Výsledkem je pak neprosívání dítěte, které v krajním případě vede k jeho zpustnutí, či až ke smrti. Více o této formě týrání se rozepisujeme v podkapitole zanedbávání. (Dunovský a kol. 1995, s. 59)

Rizikové faktory týrání

Uvádí se, že hlavními příčinami tělesného týrání je nízký věk rodičů, nezralost, nedostatek financí a špatné bytové podmínky. Často platí, že oba rodiče mají osobní zkušenost s týráním z dětství. (Krejčířová 2007, s. 75). Matoušek a Pazlarová (2010, s. 138-139) uvádí, že u rodiny nacházíme hned několik rizikových faktorů. Tělesné týrání bývá způsobeno psychickým napětím rodiče trpícího depresí, úzkostnou poruchou a podobně. Častá je sociální izolace dospělých. Dunovský a kol. (1995, s. 59) mezi příčiny týrání dítěte zahrnují také nezralost rodičů (děti dětí). Často týrání dítěte souvisí se sociálním statutem rodiny. Riziko násilného chování k dítěti zvyšuje také situace osamělé mladé matky pečující o dítě, či rodiny, ve kterých probíhají mezi členy časté konflikty. Naproti tomu Krejčířová (2007, s. 76) poukazuje na to, že není výjimkou, že se s týráním dětí setkáváme i v rodinách vysokoškolsky vzdělaných, kteří mají dostatečné příjmy, tudíž je zdroj stresu jiný. Proto je důležité každý případ násilí vnímat individuálně.

Děti, které přitahují násilí

Matoušek a Pazlarová (2010, s. 142) řadí mezi biologické rizikové faktory dětí: nedonošenost, nízkou porodní váhu, obtížný temperament, různá onemocnění . chronické nemoci, tělesné či mentální postižení, psychomotorické opoždění, sníženou inteligenci. Dále to jsou dle Dunovského (1995, s. 135-140) děti, které vyčerpávají dospělé. Například nespí v noci, pláčou, křičí. Pokud takový rodič nemá z těchto důvodů uspokojenou potřebu spánku, je frustrovaný a výsledkem je agrese.

Další děti mohou být hyperaktivní, impulzivní a děti s LMD (lehká mozková disfunkce). V dnešní terminologii označováno jako ADHD. (pozn. autora). Dále se jedná o děti se závažnými poruchami chování a učení, děti s poruchami autistického spektra a děti s mentálním postižením různého stupně. A v neposlední řadě to mohou být také děti, které nesplňují očekávání rodičů.

1.1.2 Psychické týrání

Psychické neboli emoční týrání je nadměrná a hrubá kritika, ponižování či posměch. Rozlišuje se pět typů psychického týrání: pohrdání, terorizování, izolování, korumpování, odepírání emoční podpory.

Psychické týrání obsahuje složku aktivní, např. nadávky, ponižování, zesměšňování, ale i to, že dítě cítí nezáměr a nevšímavost od rodičů, což má vliv na sebedůvěru jedince. V dnešní době se setkáváme s dvoukariérovými manželstvími, kdy jsou rodiče vytíženi prací a nemají na děti čas. Rodiče kladou na děti vysoké nároky. Nedochozí jim, že dětem něco chybí, protože děti mají díky dostatečným příjmům „vše“. Děti pak začnou nosit špatné známky a řešením této situace jsou zákazy trávit volný čas venku atd. O to víc chtějí rodiče po dítěti, aby se začalo více učit. Problém nastává, když rodiče začnou dítě emočně vydírat slovy typu: „S takovými známkami jsi nám jen pro ostudu.“ (Dunovský a kol. 1995, s. 67)

Schmidová (2010, s. 44) se domnívá, že nejčastější formou psychického týrání nynější doby jsou spory o děti. Procenta rozvedených manželství jsou vysoká a stres pro dítě představuje rozvodová situace, ale samozřejmě také porozvodová atmosféra, která představuje většinou nekonečné spory o dítě, výživné a majetek.

Dopady psychického týrání

Dopady psychického týrání jsou závislé na intenzitě, délce jeho působení a na osobnosti dítěte. Některé děti se kvůli psychickému týrání stanou úzkostnými a mají nízké sebevědomí. Jiné naopak prosazují své názory agresivně. Celkově mají psychicky týrané děti problémy v mezilidských vztazích. (Dunovský a kol. 1995, s. 68)

Mezi následky psychického týrání lze zařadit citové opožďení ve vývoji, opožďení tělesného vývoje, obavy z každé nové situace a podceňování se, agresivitu, nedůvěru, neurotické projevy (kousání nehtů, vytrhávání vlasů, cucání prstů), nepřiměřené reagování na bolest, časté nemoci, sklon k obezitě, závislosti, poruchy příjmu potravy, deprese a problémy v mezilidských vztazích. Špeciánová (2003, s. 156) také uvádí, tendenci stát se v budoucích vztazích znovu obětí psychického týrání, což může vést následně k tomu, stát se obětí šikany či mobbingu na pracovišti.

Psychické týrání je špatně rozeznatelné. Takové týrání vede k vážnému narušení psychického vývoje. Následky mohou být přinejmenším stejně závažné nebo i závažnější než u fyzického týrání, jelikož mohou u těchto osob přetrvávat deprese.

1.1.3 Zanedbávání

Zanedbávání je definováno jako vážné opomíjení péče rodičů, které je nezbytné pro duševní a tělesný vývoj dítěte. (Krejčířová 2007, s. 24; Dunovský a kol. 1995, s. 88) Matějček (in Dunovský a kol. 1995, s. 88) zmiňuje, že pojem zanedbávaného dítěte je úzce spjat s pojmem psychické deprivace, přičemž je nutné brát zřetel na současný stav dané společnosti a její kulturní úroveň. Krajním případem sociální zanedbanosti je izolování dítěte od lidské společnosti.

Pokud nemá dítě dostatek přiměřené výživy, oblečení, a hygieny, jedná se o tělesné zanedbávání. Do této skupiny patří také nedostatečný dohled a vystavování dítěte nadměrným stresovým situacím a hlavně nezajištění řádné školní docházky. O formách zanedbávání a o jeho následcích víme méně, než o fyzickém týrání a sexuálním zneužívání, avšak je jasné, že je nejčastějším způsobem špatného chování k dětem. Někteří autoři mluví o nezájmu rodičů, kteří své děti ignorují, protože si chtějí odpočinout a mít od dítěte klid. Zanedbávání také vysoce souvisí s chudobou. Zanedbávání může nega-

tivně ovlivňovat psychický vývoj dítěte. Psychické následky nejsou dostatečně prozkoumány. (Krejčířová 2007, s. 24)

Zanedbané dítě obvykle žije v primitivním prostředí bez správných vzorů dospělé osoby. Často nechodí do školy a je zanedván jeho potenciál. V posledních letech však vyskytuje zanedbávání dítěte i v prostředí na první pohled blahobytném, a to v ekonomicky zajištěných rodinách, kde dítě strádá citově. Rodina je sice materiálně zabezpečena, ale po citové úrovni nedokáže rodiče dítěti předat vše, co potřebuje, důvodem může být vlastní nezralost, psychické onemocnění nebo nedostatek času. (Krejčířová 2007, s. 24-25)

Zanedbávaným dítětem se však ve spojitosti s pojmem CAN rozumí dítě, které je vážně a akutně ohroženo nedostatkem podnětů vůči jeho zdraví a psychickému rozvoji. (Dunovský a kol. 1995, s. 87-88)

Psychická deprivace je na základě doporučení Rady Evropy z roku 1992 označována pod pojmem „citové zanedbávání“, které definujeme jako neuspokojování emočních potřeb dítěte, což znamená, že mu rodič neprojevuje náklonost a nedodává pocit bezpečí. Psychická deprivace znamená dlouhodobý nedostatek uspokojování potřeby lásky, nedostatek přiměřených podnětů a vřelého vztahu s rodiči. Toto postihuje často děti vyrůstající v ústavních zařízeních, kde pracovníci daných zařízení i přes veškerou snahu nemohou dané potřeby splnit.

1.1.4 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání dětí je vystavení dítěte k sexuální aktivitě. Ať už jde o pohlavní styk, orální či anální sex nebo bezdotykovou formu, (například přihlížení sexuálními aktivitám dospělých či pornografické záznamy). V zemích našeho kulturního okruhu je sexuální kontakt s příbuzným trestán a nepovažuje se za základní normu sexuálního chování. Sexuální zneužívání se dělí na dotykové a bezdotykové. (Krejčířová 2007, s. 20-21)

Každý pachatel sexuálního zneužití nemusí být pedofil. Pedofilní a nepedofilní pachatelé mají odlišný důvod svého chování. Nepedofilní pachatel může zneužít dítě z důvodu toho, že není dostupný dospělý partner. Důvodem zneužití dítěte může být mentální postižení, psychopatologie a antisociální chování. (Weiss 2005, s. 14)

Dle Pötha (2005, s. 97-105) je nejzávažnější formou sexuálního zneužívání sexuální zneužití osobou, která je vůči dítěte rodičem. Narušení incestního zákazu vede k rozpadu rodinných struktur. Mezi dítětem a rodičem je velice důležitý emoční vztah. Sexuální zneužívání bývá často symptomem disfunkčních vztahů v rodině. Uspokojování emočních potřeb bývá v incestních rodinách jednostranné. Členové disfunkční rodiny bývají často emočně frustrováni, což vede k násilí. Autoritativní rodič má nad ostatními členy rodiny určitou moc. Strach z autorit se přenáší i do vnějšího světa, kdy členové rodiny mají strach z odhalení incestu, a tak se raději vyhýbají kontaktu s institucemi. Jedná se např. o sociální péči, úředníky, nebo policii. Rodina je sociálně izolovaná, rodiče zakazují dětem se stýkat i s vrstevníky

V incestních rodinách jsou narušeny tělesné a emoční hranice. Dochází i k popírání toho, co se ve skutečnosti děje, což nazýváme maladaptivním obranným mechanismem. Ten má za následek nedůvěru k vlastním pocitům, ztrátu sebereflexe a empatie. Schopnost porozumět emocím ostatních členů rodiny ztrácí jako první zneužívající rodič. Následkem je také narušená komunikace. Komunikace v podstatě probíhá tak, že jsou respektovaná pouze práva silnějšího. Špatná komunikace a chybějící sociální kontakty vedou u dětí k absenci sociálních dovedností.

Jedince, kteří sexuálně zneužívají své děti, nelze rozdělovat na základě vzdělání nebo podle etnického původu. Najdeme je ve všech socioekonomických vrstvách společnosti. Tkví ve způsobech, jakými dosahují uspokojení svých emočních potřeb a jakými se vyrovnávají s psychickým stresem. K tomuto uspokojení slouží sexuální aktivity s emočně a fyzicky nezralými objekty. Pöthe (2005, s. 104) cituje Grotha (1982), který uvádí, že jednou z příčin sexuálního zneužívání dítěte je způsob uspokojování emočních potřeb dospělého. Pachatelé sexuálního zneužívání byli rozděleni na fixované a regredované jedince. Fixovaní jsou ti, jejichž primární sexuální orientací jsou děti. Druhou skupinou zneužívajících jsou lidé, kteří jsou primárně orientováni na osoby svého věku. Důvodem sexuálního zneužívání je jejich emoční nevyzrálost a nesmiřitelnost s vlastní dospělou odpovědností a opakovaná sexuální selhání s partnery jejich věku. Rozdíl mezi fixovanými a regredovanými jedinci je ten, že regredovaní považují děti za dospělé partnery. Zatímco fixovaní jedinci se s dětmi identifikují.

Hlavní znaky a symptomy, se kterými se můžeme setkat u dětí trpící sexuální zneužíváním, jsou bolestivé či zánětlivé změny v anální či genitální oblasti, bolesti žaludku a hlavy, noční děsy, záchvaty dušnosti, pomočování, hysterické záchvaty při přebalování či svlékání prádla, opakování sprostých slov (která se naučilo od zneužívajícího), příliš zasněžená nápodoba sexuálního chování při hraní s panenkami, pokusy sexuálně zneužívat jiné děti, kreslení sexuálně inspirovaných obrázků, utrápenost, nezájem o hry a koníčky, agresivita, lhaní, útoky z domova, drogy, sebepoškozování, sebevražednost, špatné mínění o své osobě a přejímání rodičovské role v domácnosti. (Schmidová 2010 s. 47)

1.1.5 Münchhausenův syndrom

Pojem „Münchhausen“ se stal synonymem pro přehánění a lež. Jako psychopatologický syndrom jej poprvé zveřejnil R. Asher, který vylíčil syndrom jako vyprávění dramatických a nepravděpodobných příhod pacientů, nejčastěji při příjmu do nemocnice. Na rozdíl od simulantů nezískávají tito lidé nic, kromě zbytečných prohlídek. Motivem může být masochistická potřeba a touha být středem zájmu nebo snaha uniknout z nepříjemné situace, získat přístřeší a léky. (Hartl, Hartlová 2000, s. 330)

Člověk trpící tímto syndromem (rodič, častěji matka) se dostává do zdravotnického prostředí a to jej velmi fascinuje. Někdy může být na vině porucha osobnosti rodiče. Podle některých odborníků je porucha málo četná – asi 0,4 případu na 100 000 dětí mladších 16 let. Jiné zdroje uvádí výskyt 0,53%. Odborníci se však shodují, že porucha je odhalena pouze v zanedbatelném počtu případů. (Šance dětem)

1.1.6 Zvláštní formy CAN

Mezi zvláštní formy CAN řadí Dunovský a kol. (1995, s. 97-102) systémové týrání, organizované zneužívání dětí, rituální zneužívání, sexuální turismus a Münchhausenův syndrom by proxy. Dále se podrobněji věnujeme pouze některým z uvedených forem.

Systémové týrání

Systémové týrání označujeme pojmem sekundární viktimizace. Po prvním traumatu v rodině následuje toto druhotné týrání, ale těmi, kteří by naopak měli dítě chránit a odstraňovat problém. Dítě je často poškozováno samotným systémem, i když ten by mu měl být ku prospěchu. Nejzávažnějším způsobem vnímáme takové systémy, které ihned problém v rodině řeší odebráním dítěte z ní. (Dunovský a kol. 1995, s. 97) Matoušek a kol. (2005, s. 29) uvádí příklady, kdy dítě např. musí opakovaně popisovat, co se mu stalo. Tato traumatizace je velice pravděpodobná i v případech sexuálního zneužívání, protože samo gynekologické vyšetření může dívka vnímat jako násilný zásah do její intimní zóny těla. Necitlivé vyšetřování případu týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte může být právem označováno za druhotné poškozování oběti. Autoři dále poukazují na fakt, že zjišťování skutkové podstaty je náročný proces, který by měl provádět tým profesionálů s jasně rozdělenými pravomocemi. Například soudní rozhodování týkající se špatného zacházení s dítětem bývá stěžováno neexistencí přímých důkazů, obtížemi při získávání jasného a spolehlivého svědectví dítěte a hrozbou emočního traumatu, které může být vyvoláno tím, že dítě bylo nuceno svědčit proti jednomu z rodičů nebo jiné blízké osobě.

Pugnerová (2016, s. 106) též uvádí, že v případě systémového týrání se jedná o automatické odebírání dětí z rodin či střídání pěstounských rodin. Jak poukazuje Dunovský a kol. (1995, s. 97) děti v těchto případech běžně projdou až dvaceti pěstounskými rodinami. Dále máme na mysli nedostatečnou péči o děti v dysfunkčních rodinách či špatnou péči v denních zařízeních. Do této skupiny řadíme také zbytečné a necitlivě opakovatelné poškozující vyšetření dítěte. Někdy je také dítěti upřeno právo na informace a právo být vyslyšeno. (srov. Pugnerová 2016; Dunovský a kol. 1995)

Organizované týrání

V případě organizovaného týrání se jedná o závažné formy sexuálního zneužívání, na které je od konce osmdesátých let kladena větší pozornost. Organizované zneužívání dětí je především tvořeno organizovanými sexuálními sítěmi lidí (zneuživatelů), kteří se dopouští sexuálních aktivit s dětmi. Uvedené organizování se rozvinulo v dětskou prostituci, se kterou se rozvinula i dětská pornografie. Vše bylo spojeno se sexuální turistikou. (Dunovský a kol. 1995, s. 98)

Pugnerová (2016, s. 107) definuje organizované zneužívání dětí jako zneužití mnoha pachatelů, kteří se spojují za účelem dosažení určitého cíle. Nejčastěji se jedná o sexuální zneužívání, ale patří sem i jiné. Toto organizované sexuální zneužívání přesahuje hranice měst, zemí i kontinentů. Do této formy patří zneužívání dětí k dětské pornografii nebo nucení k prostituci. Nejčastěji oběťmi bývají děti ve věku od osmi do šestnácti let. Někdy bývá toto organizované sexuální zneužívání nazýváno jako sexuální zneužívání pro komerční účely. Souvislosti nacházíme se sexuální turistikou, kdy jedinci přijíždí do zahraničí s úmyslem vyhledat dítě k sexuálním aktivitám. (srov. Pugnerová 2016; Dunovský a kol. 1995). Podle Pugnerové se k další formě organizovaného zneužívání dětí řadí obchod s dětmi, ve kterém děti figurují jako zboží. Jedná se o ilegální osvojení, dětskou práci, vraždy dětí za účelem prodeje orgánů. To vše především v cizích zemích.

1.2 Prevence syndromu CAN

Prevenci dělíme na tři stupně: primární, sekundární a terciální.

Primární prevencí se snažíme zabránit, aby k danému riziku docházelo. Využíváme působení na širokou veřejnost přes instituce, jako jsou školy, zdravotnictví, sdělovací prostředky, církve nebo orgány státní legislativy.

Cílem působení na rodiče je vytvořit v systému hodnot a postojů vědomostní podmínky pro vnitřní přijetí dítěte. A to nejlépe bezvýhradně. Nejvhodnější je působit na budoucí rodiče. Jedná se o obecná opatření, která mají prospěch pro rodiny. Například finanční podpora nebo rekreační nabídky. Díky takovýmto opatřením se rodina cítí více v bezpečí. Dalším bodem primární prevence je úloha školy a program sexuální výchovy. Zde je důležité vzdělání a příprava učitelů.

Celkovým cílem primární prevence je vše, co brání vzniku rizikových skupin a rizikových životních situací, mající za důsledek týrání.

Sekundární prevencí máme na mysli vytipování rizikových skupin a životních situací, ve kterých nejčastěji k týrání, zanedbávání, či zneužívání dochází. Sekundární prevence spočívá v cíleném působení na tyto rizikové skupiny. (Dunovský a kol. 1995, s. 103-108)

Posledním stupněm prevence chápeme takové chování pedagoga, lékaře či rodiče, který reaguje na situaci, v níž již došlo k týrání či zneužívání dítěte. Smyslem terciální prevence je zamezení dalšího násilí či zneužívání dítěte. Dítě nesmí být dále týráno, zneužíváno. K tomu musí být vytvořen určitý systém opatření. Do terapie a rehabilitace lze zahrnout celou rodinu, je-li to z hlediska zájmu dítěte možné, dále školu a další odborníky. (Hanušová 2006, s.20-21)

1.3 Následky syndromu CAN

Následky týrání, zneužívání a zanedbávání dětí se projevují v jejich chování a psychickém stavu. U všech typů syndromu CAN se můžeme setkat s projevy odpovídajícími syndromu posttraumatické stresové poruchy: týraným dětem se opakovaně vrací vzpomínky na traumatické zážitky, děti se vyhýbají situacím a činnostem, které špatný zážitek připomínají, cítí se emočně otupělé, zdají se jim traumatické sny, objevuje se

depersonalizace, zvýšená vegetativní hyperaktivita, (poruchy spánku, dráždivosti, koncentrace), agresivita, úlekové reakce. Po fyzické stránce mohou být děti zanedbané. Objevuje se úzkostné či depresivní chování. Děti se mnohdy vyhýbají společnosti, mají somatické obtíže – noční děsy, bolesti břicha a hlavy. Chlapci častěji mohou reagovat agresí, u dívek se naopak více projevuje úzkost a plačtivost. U dětí sexuálně zneužívaných se můžeme setkat se sexualizovaným chováním, které neodpovídá věku a pocitu bezmocnosti, ale také se separační úzkostí, psychosomatickými poruchami, projevy disociace, neurotickými projevy typu poruch spánku apod. Rozdílné mohou být reakce dívek a chlapců – u chlapců se setkáváme se sexuálně agresivním chováním, někdy se přidávají pocity ztráty mužnosti a pochybnosti o jejich sexuální orientaci. (Pešová, Šamalík, 2006 s. 118)

Krejčířová (1995 s. 197-198) uvádí, že neexistuje žádný jednotný klinický obraz citově a sociálně deprivovaného dítěte. Nicméně určité projevy se u těchto dětí vyskytují již v útlém věku. Jedná se o opoždování ve vývoji (různě hlubokého stupně), vlivy často méně podnětného prostředí, či oslabená motivace kompetence. Obvykle již od dvou až tří let věku dítěte bývají odchylky v chování, od apatického po silně agresivní. Projevy se objevují také ve hře dětí a to již mezi prvním a druhým rokem věku.

Pemová a Ptáček uvádí (2016 s. 71), že zanedbávání může mít krátkodobé i dlouhodobé důsledky. Zanedbávané děti nejsou přímo ohroženy na životě, nelze však vyloučit fatální následky. Tyto děti prokazatelně hůře prospívají a dochází u nich ke změnám ve vývoji mozku.

„Aby mohlo dítě traumatické zážitky psychicky zpracovat, vytváří si rozštěpenou představu o rodiči. Není schopno rozpoznat „dobrého rodiče“ a „zlého rodiče“, s kterým je konfrontováno v jedné osobě. Rozštěp týkající se rodičovské postavy si dítě zvnitřňuje, samo o sobě paralelně soudí, že má hodnotu, resp. nemá žádnou hodnotu.“ (Matoušek a kol. 2005, s. 31)

Jednou z forem následků syndromu CAN může být i posttraumatická stresová porucha. Čírtková, Vitoušová (2007, s. 31) specifikují termín „posttraumatická stresová porucha“ jako: *„Soubor různých poruch chování, prožívání, včetně somatických reakcí (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost.“*

Mezi charakteristické znaky posttraumatické stresové poruchy dle Čírtkové a Vitoušové (2007, s. 33) patří především existence traumatické události, dále také znovuprožívání traumatické události např. ve vzpomínkách a nočních můrách, dochází k intenzivní psychické bolesti při setkání s okolnostmi, které připomínají těžkou situaci. Také vyhýbání se podnětům souvisejícím s traumatickou událostí. Zde dochází ke ztrátě zájmu o činnosti, které měli dříve velký význam. Neschopnost vzpomenout si na důležité momenty kritické události, vyhýbání se činnostem související s kritickou událostí, zde dochází k pocitu izolace a odcizení, ztráta citového prožívání. A v neposlední řadě autorky také zmiňují přetrvávání příznaků zvýšené aktivační hladiny, jako jsou poruchy spánku. Může docházet ke zvýšené podrážděnosti, zhoršení schopnosti soustředění, koncentrace a k nepřiměřeným reakcím v určitých situacích či se mohou vykytovat záchvaty vzteku a hněvu.

2 Rodina ve vztahu k syndromu CAN

Podíváme-li se zpět do historie, zjistíme, že děti, které vyrůstají v dnešní západní civilizaci, jsou mnohem více chráněné, než děti ve zbytku světa, např. Asii, Jižní Americe, Africe. V dnešní době má dětství daleko větší hodnotu, než tomu bývalo dříve. Cesta k tomuto postoji byla však velmi dlouhá. (Schmidová 2010, s. 40)

Dle psychologického slovníku je rodina: „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy a odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Hartl, Hartlová 2000, s. 512).

2.1 Rodina a její funkce

Schmidová (2010, s. 47) uvádí, že dítě potřebuje od svých rodičů, aby naplňovali jeho základní potřeby. Tyto potřeby byly mnoha autory pojmenovány. Jedná se především o potřebu místa (pocit, že někam patříme), potřebu podpory a ochrany před nebezpečím vnějšího světa a v neposlední řadě potřebu péče v podobě krmení, pozornosti a zájmu. Rodina bezpochyby plní biologické, ekonomické, sociální a psychologické funkce a je nejdůležitější sociální skupinou, kde jedinec žije. Každý člen rodiny má

svou roli, která je součástí jeho identity. Pokud je rodina dysfunkční, zůstanou tak některé potřeby člověka neuspokojeny. (Vágnerová 2008, s. 172)

Langmeier a Krejčířová (2006 s. 183) vymezují základní funkce rodiny následovně: **Biologickou** (reprodukční) funkcí rodiny rozumíme, že rodina je základní jednotkou plození nové generace. Plození potomků i mimo manželský svazek se sice vyskytuje ve všech společnostech, nikde však není toto výslovně schvalováno. **Ekonomická** (hospodářská) funkce rodiny zajišťuje hospodaření a vedení domácnosti. V dnešní průmyslové společnosti je tato funkce oslabena, jelikož je rodina převážně spotřební jednotkou. Další z funkcí rodiny je **emocionální** funkce, ta je velice důležitá, neboť rodina poskytuje emoční uspokojení všem svým členům. **Socializační** funkce rodiny uvádí dítě významným způsobem do lidské společnosti a učí jej základním způsobům sociálního chování.

Adaptace na rodičovskou roli

Narození dítěte přináší určitý emoční a sociální zisk, avšak i změnu dosavadních rolí, ztrátu volnosti a novou zodpovědnost. Proměna ženské role je náročnější, protože s sebou nese více povinností, více mění její dosavadní styl života a omezuje svobodu rozhodování. Role matky je taky spojena s přerušением profesní role. Role matky však uspokojuje jiné potřeby, zejména pudovou potřebu mateřství, spojenou s touhou pečovat o dítě. Pro partnera může být tato změna nepochopitelná. Ženy, pro které není mateřská role přijatelná, se za těchto okolností mohou cítit silně frustrovány. (Vágnerová 2000, s. 349)

Násilí v rodině

Výzkum v této oblasti ukazuje, že větší sklon k zlostinému chování mají fyzicky zneužívané malé děti. Jsou i daleko více frustrovány při neúspěchu při plnění úkolů či hře. (Elliott, Place 2002, s. 94)

Starší děti, které vyrůstají v atmosféře násilí v rodině, mohou reagovat agresivně. Obzvláště chlapci, kteří takto vyrůstali, se pak častěji zapojují do takových hádek. Tato tendence přetrvává až do dospělosti a v podobě zneužívání a násilí se projevuje v jejich dospělých vztazích. Uvedení autoři se odkazují na Cicchetti a Toth (1995), kteří popsali, jak násilí v rodině může negativně působit na čtyři následující oblasti fungování dítěte:

- emoční regulace
- přilnutí (attachment)

- pocit jáství
- vztahy s vrstevníky

Emoční regulace je způsob, jakým člověk zvládá své emoce. Může jít o agresivitu nebo přehnané reakce. Také se mohou objevit pocity nadměrného smutku a zoufalství. Tyto pocity jsou v tomto případě však vyvolány banálními situacemi, což může vyvolávat dojem, že je člověk náladový či trpí dokonce depresemi. Problémem je ve skutečnosti narušený regulační mechanismus. (Elliot, Place 2002, s. 94)

2.2 Rizikové faktory rodiny

Pemová (2016, s. 43) udává, že pojmu „riziko“ se v souvislosti syndromem CAN užívá poměrně často. Je tím myšleno potenciální nebezpečí ohrožující zdraví, život nebo normální či duševní vývoj dítěte. Jedná se o nebezpečí, jež je zatím ve stavu latence a za určitých podmínek nemusí být uskutečněno.

Transgenerační vazby

Jedním z rizikových faktorů rodiny je transgenerační vazba, kterou Hartl, Hartlová (2009, s. 465) ve svém Psychologickém slovníku charakterizují jako „*přenos určitého jevu z jedné generace na druhou, např. při výchově dětí.*“

Matoušek (2003b, s. 187) uvádí, že při vzniku nové rodiny mohou traumata manželů z dětství nabýt nový rozměr, v němž může dojít k nápravě či naopak k znovu projevení dřívějších psychických úrazů. Dětská traumata jsou ožívována hlavně situacemi, kdy se daný jedinec cítí být opuštěn, jelikož právě opuštění je jedna z nejbolestivější dětské vztahové zkušenosti. Také nově vzniklé rodiny bývají ovlivňovány stále intenzivními kontakty s předchozí generací.

K vyřešení některých aktuálních problémů rodiny je podle některých rodinných terapií zapotřebí provést analýzu a zvládnutí dětských traumatických zážitků. Matoušek (2003b) dále uvádí, že mezi rizikové faktory, jejichž působení ovlivňuje míru ohrožení dítěte v rodině, jsou faktory, které se týkají zejména rodičů a jejich špatných zkušeností. Například pokud si v dětství prošli ústavní výchovou nebo žili v dysfunkční rodině, mají finanční problémy, nízké vzdělání či jsou nezaměstnaní. Mohou dokonce brát drogy nebo být závislí na alkoholu. Takoví rodiče často chovají nedůvěru k sociálním

pracovníkům, institucím a dalším pracovníkům pomáhajících profesí. Odmítají pomoc a zlehčují svojí životní situaci.

Rizikovým faktorem může být i prostředí, ve kterém rodina žije. Takové nevhodné prostředí také může narušovat úspěch práce s rodinou. Důležité je to, aby měla rodina střechu nad hlavou. Bohužel azylové domy nejsou řešením z důvodu dlouhé čekací doby. Pronájem bytu je pro rodinu riziko vzhledem k možným dluhům.

Důležité je sledovat aktuální dění v rodině a spojit si všechny souvislosti rizikových faktorů a současným ohrožením pro to, aby mohla být rodina zařazena do programu sanace rodiny. Sledovat úroveň rozvoje dítěte, jak působí v rodině a širším sociálním okolí, také jeho psychosociální rozvoj a fyzické zdraví. *Důležité je, vědět, které instituce doposud v rodině intervenovaly, jaká byla jejich strategie, zkušenosti a jak situaci dítěte a rodiny posuzovali při ukončení své spolupráce s rodinou, případně jaký je jejich aktuální názor a představa o další práci s rodinou.* (Bechyňová, Konvičková 2008, s. 19-20)

3 Zajištění péče o dítě se syndromem CAN

Ochrana dítěte a zajišťování jeho práv se promítá do právních předpisů v oblasti sociální, rodinně-právní, školské, zdravotní, trestní, občanskoprávní apod., z čehož také vyplývá okruh subjektů, které ji realizují. Tato ochrana rozsáhlého souboru práv a oprávněných zájmů dítěte je upravena v různých právních odvětvích a v právních předpisech různé právní síly.

Posuzování špatného zacházení s dítětem

Kvalifikované posouzení špatného zacházení s dítětem musí brát v úvahu závažnost zneužívání a týrání, častost těchto projevů, věk a vyspělost dítěte. Dalším významným faktorem je etnická příslušnost rodiny. Např. romská rodina nemá stejné normy týkající se péče a výchovy dětí jako rodina většinové společnosti v České republice. Při posuzování je také důležité zohlednit příslušnost rodičů (pečujících osob) ke skupinám žijícím na okraji společnosti.

Ani zákon nemůže vymezit přesně, co je a co není špatné zacházení s dětmi. Vážné formy týrání a zanedbávání jsou ty, které by tak posuzovala většina všech lidí tvořící společnost. Záleží také na tom, aby pracovník posuzující špatné zacházení s dítětem byl dostatečně vycvičen a měl zázemí ve vlastní organizaci, kde může sporné případy konzultovat s ostatními kolegy.

I když je ve všech západoevropských zemích uzákoněna povinnost oznamovat kompetentním orgánům státu případy týrání dítěte, odhady odborníků se shodují, že je oznámena jen malá část případů a že se jen nepatrné části z evidovaných případů dostane vůbec nějaké systematické pozornosti a intervence. (Matoušek a kol. 2005, s. 28)

3.1 Základní legislativní rámec

Základním dokumentem práv dítěte je Deklarace práv dítěte, přijatá Organizací spojených národů 20. listopadu 1959 (MPSV). Deklarace práv dítěte i Úmluva práv dítěte vychází z respektu Charty Spojených národů, kterým je uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech, tedy i dětí. (ICV)

Společně s Deklarací deklaruje rodinu jako základní jednotku společnosti a přirozené prostředí pro růst dítěte Úmluva o právech dítěte přijatá v roce 1989. (MPSV) „*Úmluva o právech dítěte je mezinárodní konvencí stanovující občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva dětí. Dodržování Úmluvy kontroluje Výbor pro práva dítěte OSN.*“ (ICV)

Dítě potřebuje pro svou duševní a tělesnou nezralost zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu po celý svůj život, což zaručují tyto mezinárodní dokumenty.

Součástí ústavního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod (dále jen „Listina“), která věnuje pozornost dětem a rodině v článku 32. Rodiče mají povinnosti a práva společně vychovávat a pečovat o děti, ale také právo požadovat o pomoc, pokud je to třeba. To vše respektují zákony. Jakékoliv zasahování do soukromí a rodinného života je možné teprve tehdy, jestliže rodiče nebo osoby odpovědné za výchovu dětí o to požádají nebo se o děti nemohou nebo nechtějí starat.

„*Zajištění práva dítěte na život, jeho příznivý vývoj, na rodičovskou péči a život v rodině, na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, za-*

městnání. Zahrnutí ochrany dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním představuje Sociálně-právní ochrana dítěte.“ (MPSV)

3.2 OSPOD

OSPOD neboli orgán sociálně-právní ochrany dětí je orgánem veřejné moci, který pracuje s rodinou a dětmi. Cílem OSPOD je jediné, a to ochraňovat vývoj a blaho dítěte, dále také ochrana rodičovství a ochrana vzájemného práva rodičů a dětí na péči a rodičovskou výchovu. (Šance dětem)

„Největší změnou v oblasti sociálně-právní ochrany dětí bylo přijetí zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o OSPOD“), v souladu, s nímž je sociálněprávní ochranu dětí definována v §1 zejména jako:

- *Ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu.*
- *Ochrana oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění.*
- *Působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny.*
- *Zabezpečení náhradního rodinného prostředí pro dítě, které nemůže být trvale nebo dočasně vychováváno ve vlastní rodině.*

Dle § 4 Sociálně-právní ochranu zajišťují orgány sociálně právní ochrany. Těmito orgány jsou například krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, ministerstvo, Úřad práce České republiky – krajské pobočky.

Sociálně-právní ochrana se zaměřuje zejména na děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní rodičovské povinnosti nebo zneužívají či nevykonávají rodičovská práva.

§7 říká, že každý člověk je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti a na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti.

Zákon o OSPOD v §52 dává zaměstnancům OSPOD a dalším zaměstnancům obce s rozšířenou působností a zaměstnancům zařazených do obecního úřadu oprávnění v souvislosti s plněním úkolů dle tohoto zákona navštěvovat dítě a rodinu, v níž žije a zjišťovat v místě bydliště dítěte, ve škole a ve školském zařízení, ve zdravotnickém

zařízení, v zaměstnání nebo v jiném prostředí, ve kterém se dítě zdržuje, jak rodiče či jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte o dítě pečují, v jakých sociálních podmínkách dítě žije a jaké má dítě chování.

Zaměstnanci OSPOD jsou také oprávněni pořizovat obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy dítěte a prostředí, ve kterém se dítě zdržuje, pokud je to zapotřebí pro účely ochrany práv dítěte – těchto záznamů lze využít při případném soudním líčení.

Tyto orgány konají svou činnost na základě zvláštního oprávnění, v němž je uvedeno jméno a příjmení zaměstnance, titul, zaměstnavatel a v neposlední řadě vymezená činnost, kterou může tento zaměstnanec vykonávat. (Zákon č. 359/1999 Sb. ve znění pozdějších předpisů). Klientem OSPOD je dle Slovníku sociální práce chápán: „*Subjekt, který využívá sociální služby. Může to být osoba, rodina, skupina i komunita*“. (Matoušek 2003b, s. 68)

3.3 Role sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientům má nezastupitelnou roli Sociální pracovník. Důležité jsou jeho vlastnosti, vztah s klientem a jeho celkový postoj k samotnému případu.

Díky Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách existuje legislativní definice sociálního pracovníka, která dle § 109 zní: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.*“ (MPSV)

Sociální pracovník v tomto případě pracuje s dětmi, jejich rodiči a celou rodinou. V neposlední řadě komunikuje i se školou. Spolupracuje s odborníky ze zdravotnictví, školství a dalších oborů. Jeho náplň práce je tedy široká.

Aby se mohl sociální pracovník orientovat v problematice, vychází z komplexní anamnézy a z posouzení vývoje a chování dítěte i jeho rodičů. Anamnéza je důležitý materiál i pro další odborníky. Je podkladem pro sociální diagnózu, která zahrnuje

zhodnocení dítěte na úrovních týkajících se zdraví. Tedy zdraví tělesného, psychického a společenského.

Sociální diagnóza hodnotí prostředí, ve kterém dítě žije a posuzuje schopnost dítěte zapojit se do společnosti. Vše se vším souvisí a tak je sociální diagnóza důležitý podklad pro sociální terapii, což jsou medicínská, pedagogická, psychologická a další opatření ve prospěch dítěte. Sociální diagnóza se opírá o zákonitosti společenské. Zkoumá stabilitu rodiny, kvalitu bydlení, osobnosti jednotlivých členů a hlavně to, jaký mají rodiče o děti zájem. Práce v terénu umožní sociálnímu pracovníkovi se lépe orientovat při vyšetřování i následné terapii. Navazuje s klientem kontakt, poznává ho a poskytuje emoční podporu. Jeho rady bývají lépe přijímány v přirozeném prostředí, než v pracovním. Důležitou činností je koordinace hlavně pro spolupráci pracovníků, kteří se všichni snaží o jednotné a optimální řešení pro rodinu, primárně pro dítě. Důležité je také vyzdvihovat kladné stránky rodiny a odstraňovat negativní jevy. (MPSV)

Sociální pracovník pomáhá rodinám i v rámci jednorázové intervence třeba i telefonicky. Pokud je ohlášen syndrom CAN, začíná vyšetřování v terénu, s cílem pomoci dítěti, nebo vyloučit ohlášené podezření. Aby mohla být stanovena přesná sociální diagnóza, je dobré přimět klienty k docházení do dětského klientského centra, kde dochází k socioterapii přímo v rodině. (Dunovský a kol. 1995, s. 213)

3.4 Sanace rodiny

Při pohledu do historie sociální práce s rodinou u nás zjistíme, že před rokem 1989 se tato práce omezovala na pracovníky oddělení péče o rodinu a dítě obvodních a okresních úřadů. Žádné jiné subjekty se na této práci nepodílely. Sociální pracovníce byly školeny v metodách práce s rodinou postavených na direktivní a autoritativní přístup. Namísto sanace rodiny v dnešním pojetí bývala v poměrně velké míře ve vztahu k dětem odebraným z rodin preferována výchova v ústavních zařízeních. Problémem tohoto přístupu byla obzvláště skutečnost, že rodině již po umístění dítěte do ústavního zařízení nebyla poskytována pozornost, proto nemohlo být fungování rodiny ovlivněno. Důvodem tohoto stavu nebylo poškozovat děti, podstatou byla: „*doktrína, že nejlepším pečovatelem o děti v obtížné sociální situaci je stát a že mocný stát skrze své instituce děti ochrání před jejich rodiči*“. (Bechyňová, Konvičková 2008, s. 11)

Uvedené autorky Bechyňová, Konvičková (2008, s. 18) dále specifikují sanaci rodiny jako: „*Soubor opatření sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Důsledkem neřešené nebo akutní situace ohrožení dítěte může být jeho umístění mimo rodinu. Základním principem sanace rodiny je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině. Cílem sanace rodiny je předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout rodičům i dítěti pomoc a podporu k zachování rodiny jako celku.*

Matoušek (2003b, s. 196) uvádí, že sanace neboli podpora rodiny zahrnuje postupy, které podporují fungování rodiny. Bechyňová a Konvičková (2008, s. 11-12) poukazují na to, že sanace a její postupy by měly být jednou z prvních voleb řešení domácího násilí v rodině. Podpora rodiny se snaží zamezit vyčlenění člena rodiny nebo rodiny jako celku. Za poslední léta se díky sanaci omezily počty dětí umístěné do ústavní péče. Z hlediska praxe sociální práce je považována za významnou, neboť by měla být první volbou v případech, kdy je ohroženo dítě či se vyskytuje domácí násilí. Tento proces má dvě strany. Jedna hovoří o tom, že se jedná o naivní přístup, který nemůže v praxi fungovat a druhá strana považuje sanaci za všemohoucí způsob, jak zrušit institucionální výchovu. Za poslední léta se díky sanaci omezily počty dětí umístěné do ústavní péče. Matoušek (2003b) dále práci s rodinou v rámci sanace rodiny chápe nejen jako terapii prováděnou odborníky ve vztahu k celé rodině, ale i jako prostor působnosti pro konání k tomu vyškolených dobrovolníků. Za specifiku tohoto stylu práce pokládá primárně zachování rodiny vcelku s veškerými jejími členy. Dle autorek je tedy cílem sanace zmírnit a eliminovat příčiny ohrožení dítěte a poskytnout celé rodině podporu, tak aby se v nejlepším případě rodina zachovala jako celek a nedošlo k odebrání dítěte do ústavního zařízení. (srov. Matoušek 2003b; Bechyňová a Konvičková 2008)

Myriam David, francouzská pedopsychiatřka říká: „*Dítě bez rodičů neexistuje, dítě patří rodičům a rodič dítěti*“. Základem všech povolání, která se zabývají dětmi je nutnost respektovat tuto skutečnost. V případě soudního rozhodnutí, mají-li však rodiče zachována svá rodičovská práva, mají právo na korespondenci, či na přímý osobní kontakt a na návštěvy dítěte. Rodiče musí být v zájmu podporování sociálními pracovníky a psychology, aby se nevymanili z rodičovské odpovědnosti a aby byli schopni spolupracovat na rozvoji svých rodičovských dovedností. Důležitou roli má kvalita vztahu mezi

rodiči a profesionály. To má vliv i na situaci dítěte, na jeho přizpůsobení se novému prostředí a na jeho vývoj. Kontakt mezi rodičem a dítětem v přítomnosti třetí osoby vede ke zklidnění úzkosti dítěte a rodiče. Postupně se vytváří nový prostor pro komunikaci rodič – dítě – sociální pracovník. (Bechyňová 2007, s. 185)

Konkrétní podporou rodiny je například myšlena podpora rodičovských kompetencí nebo naopak podpora kontaktů dětí s rodiči v situacích, kdy je dítě z rodiny odebráno. S takovou rodinou se pak vytváří podmínky pro to, aby se mohlo dítě vrátit z ústavní výchovy zpět do biologické rodiny. Sanace rodiny zahrnuje jak formální stránky rodiny, tak i obsahové stránky rodičovství. (Bechyňová, Konvičková 2008, s. 20-21)

Kdy lze rodinu ohroženého dítěte sanovat

Rodinu lze do sanačního programu zařadit, pokud je riziko, že rodiče nebudou umět o dítě pečovat nebo pokud se dítě nachází ve zdravotní, psychické a sociální situaci, která pro něj není příznivá. Pokud bylo dítě dobrovolně umístěno do ústavní výchovy, má rodina možnost program sanace stále přijmout. To platí i v případě, kdy je dítě svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu. V tomto případě je cílem sanace vytvořit kvalitní kontakt dítěte s rodiči, který může pomoci až ke zpětnému svěřením dítěte zpět k rodičům. U rodin, kde se dítě stává obětí krutého zacházení ze strany rodičů, není sanace vhodná. Například, pokud rodiče nemají k dítěti citovou vazbu. V případech, kdy jsou rodiče závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách a odmítají se léčit. A také v případech, ve kterých rodiče trpí psychiatrickým onemocněním nebo jsou částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům a spolupráci odmítají. (Bechyňová, Konvičková 2008, s. 19-21)

Ke klientům sanace rodiny nenáleží pouze ohrožené děti z nefunkční rodiny, nýbrž celá taková rodina, respektive její příslušníci. Podle Matouška by měly programy zaměřené na sanaci rodiny „*ovlivňovat výchovný styl rodičů, jejich angažovanost, měly by posilovat schopnost rodičů řešit náročné situace týkající se partnera, širší rodiny i samotného dítěte, stanovovat dítěti meze přijatelného chování a v případě potřeby uplatňovat vůči dítěti přiměřené sankce. Má-li být takový program efektivní, nemůže spočívat v jednorázovém osvětovém poučení rodičů nebo ve formálně prováděném dohledu nad rodinou ze strany sociálního pracovníka*“. (Matoušek a kol. 2005, s. 275)

Podmínky pro sanaci rodin

K dosažení naplnění cíle sanace rodiny záleží na řadě činitelů. Vždy se jedná o rodiny, u kterých se vyskytují nějaké rizikové faktory, ať už jsou to dluhy, zkušenost s ústavní výchovou, nízké vzdělání, závislosti na drogách a alkoholu atd. Za rizikové se může považovat také prostředí, ve kterém rodina žije. Dále také, pokud je aktuální sociální situace rodiny vyhodnocena jako riziková a hrozí ohrožení dítěte. Při sanaci rodiny jsou předmětem zájmu odborníků především oblasti jako dohled, výživa, oblečení a hygiena, péče o fyzické zdraví, péče o psychické zdraví a rozvoj osobnosti dítěte a jeho vzdělání. (Bechyňová, Konvičková 2008, s. 19-20)

Základní znaky sanace:

- Všichni členové rodiny jsou zařazeni do programu sanace rodiny dobrovolně a podíleli se na jeho sestavení.
- Utvoření multidisciplinárního týmu, kterému velí koordinátor.
- Členové jsou: pracovník sociálně-právní ochrany dětí, pracovník centra pro sanaci rodiny, také pracovník zařízení pro výkon ústavní výchovy a často také psycholog, učitel, lékař.
- Každý člen týmu nese určitou roli a všichni pracují dle domluvených pravidel
- Pravidla musí znát i rodina a všichni souhlasí.

4 Empirická část

Empirická část předložené bakalářské práce navazuje na předešlou teoretickou část, která ve své první části vymezuje problematiku syndromu CAN a dále mapuje zajištění péče o dítě týrané, zneužívané a zanedbávané.

4.1 Cíle průzkumu

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou roli sehrává sociální pracovník při systémovém řešení syndromu CAN.

Předmětem šetření bylo zmapovat, jaké vzdělání mají tito sociální pracovníci, jak dlouho pracují v oboru, zda pracují ve státní sféře či neziskovém sektoru, kolik klientů mají sociální pracovníci ve své péči, jak často se se syndromem CAN ve své praxi setkávají, jakým způsobem se o syndromu CAN nejčastěji dozvídají a s jakými navazujícími službami spolupracují. Dále také, zda přebírají kompetence od rodičů dítěte, jak se k sociálním pracovníkům chovají klienti (rodiče) a co je pro sociálního pracovníka osobně důležité při výkonu sociální práce v případě řešení syndromu CAN. Dalšími otázkami bylo, zda se sociální pracovník za svou praxi setkal s případem, na který jen tak nezapomene a s jakými úskalími se sociální pracovník při své práci setkává.

Na základě výše uvedených informací bylo cílem zjistit, jak je role sociálního pracovníka důležitá v procesu zajištění péče dítěte se syndromem CAN.

4.2 Průzkumné otázky

K dosažení výše zmíněných cílů jsme stanovili průzkumné otázky:

Jaké je postavení sociálního pracovníka v systémovém řešení syndromu CAN?

Jaké jsou charakteristické prvky sociálního pracovníka, který se věnuje syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

4.3 Metodologie průzkumu

K získání dat byl použit kvantitativní průzkum. Jako metodu získávání informací jsme zvolili metodu přímého dotazování respondentů prostřednictvím dotazníku, vytvořeného na základě konzultace s pracovníkem OSPOD. Samotnému rozeslání dotazníku předcházela pilotáž ve smyslu interview se sociálním pracovníkem OSPOD z důvodu prověření porozumění každé otázce dotazníku. Na základě tohoto interview byly některé otázky v dotazníku upraveny.

Dotazník Gavora (2010, s. 99) specifikuje jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Považuje jej za nejfrekventovanější metodu zjišťování údajů a ekonomický výzkumný nástroj. Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Základní dělení otázek dotazníku je dle stupně otevřenosti na uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Dotazník jsme se snažili stručně sestavit tak, aby konkrétní respondent mohl efektivně odpovědět na danou otázku. Cílem dotazníku bylo zjistit zkušenosti, postoje a názory jednotlivých respondentů, kteří na dotazy odpověděli. Dotazník byl sestaven jako anonymní. Vytvořený dotazník byl rozeslán do Orgánů sociálně právní ochrany dětí některých krajů České republiky. A dále také do třech neziskových organizací, vždy k rukám sociálního pracovníka. Bylo rozesláno celkem padesát dotazníků, zpět se vrátilo devatenáct dotazníků. Předpokládáme, že nižší návratnost byla zapříčiněna i situací způsobenou virem Covid-19.

4.4 Respondenti

Cílovou skupinou pro průzkum byli sociální pracovníci z Orgánu sociálně právní ochrany dětí napříč Českou republikou. Rozesláno bylo celkem padesát dotazníků. Návratnost dotazníků byla 38%.

4.5 Skladba dotazníku

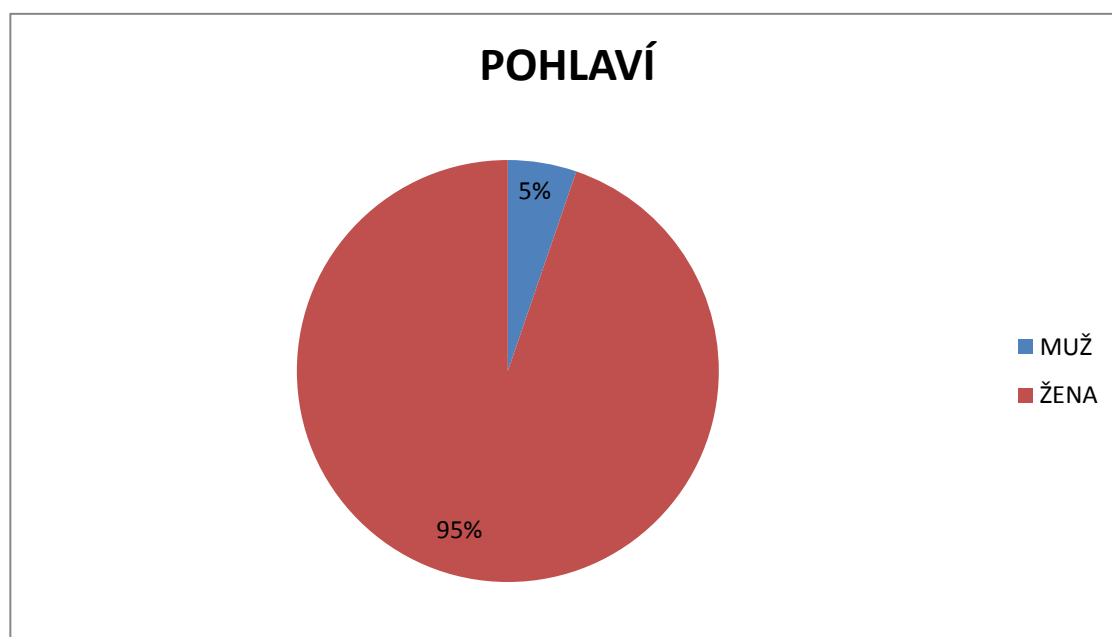
Dotazník jsme sestavili tak, aby nebylo jeho vyplnění časově náročné a neodradilo respondenty od jeho vyplnění. Dané otázky v dotazníku jsme formulovali srozumitelně a stručně. Byl vyhotoven pouze jeden dotazník, tedy pro všechny dotázané stejný.

V úvodu dotazníku byla představena autorka práce a její studijní program. Bylo uvedeno téma předkládané bakalářské práce a požádáno sociální pracovníky o spolupráci. Dotazník obsahoval celkem čtrnáct otázek. Pět otázek bylo otevřených, sedm uzavřených, kde mohli sociální pracovníci volně vyjádřit svůj názor a dvě polouzavřené otázky.

4.6 Analýza výsledků empirického šetření

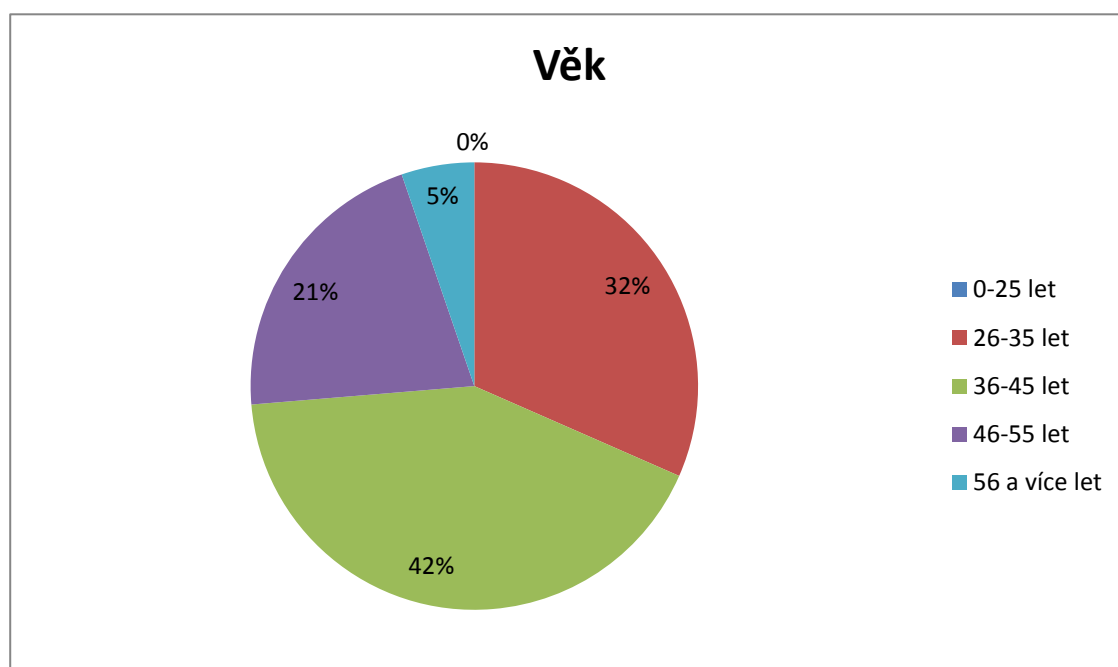
Pro vyhodnocení dotazníku byla zpracována každá otázka dotazníku zvlášť. V následující části bakalářské práce bychom chtěli popsat vyhodnocení empirického šetření. Data jsme seřadili podle pořadí otázek v dotazníku. Respondenti byli sociální pracovníci – muži i ženy z Odboru sociálně právní ochrany dětí. Z padesáti dotázaných odpovědělo devatenáct respondentů, z nichž byl jeden muž. Jednalo se o osoby s vysokoškolským vzděláním s průměrnou dobou praxe v oboru mezi šesti až deseti lety.

Dotazníková otázka č. 1. Znění otázky: Jste žena nebo muž? Cílem této otázky bylo zjistit, jaké pohlaví sociálních pracovníků převažuje. Na danou otázku odpovědělo devatenáct respondentů. Z těchto dotázaných bylo osmnáct žen a jeden muž.



Graf 1 Pohlaví respondentů

Dotazníková otázka č. 2. Znění otázky: Jaký je Váš věk? Cílem této otázky bylo zjistit, v jakém věkovém rozmezí se respondenti nacházejí. Otázky jsme strukturovali od nabídky a) až d). Ve věkovém rozmezí do dvaceti pěti let se nenachází ani jeden z respondentů. V rozmezí od dvaceti šesti do třiceti pěti let je šest dotázaných. V další věkové kategorii od třiceti šesti do čtyřiceti pěti let nalezneme osm respondentů. Následuje věková hranice čtyřicet šest až padesát pět let, do té spadají čtyři respondenti. A poslední věková kategorie, kterou jsme vymezili na padesát šest a více let je obsažena jedním z respondentů. Z těchto výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů se nachází ve věkové kategorii třicet šest až čtyřicet pět let. Z celkového počtu se jedná o 42%.



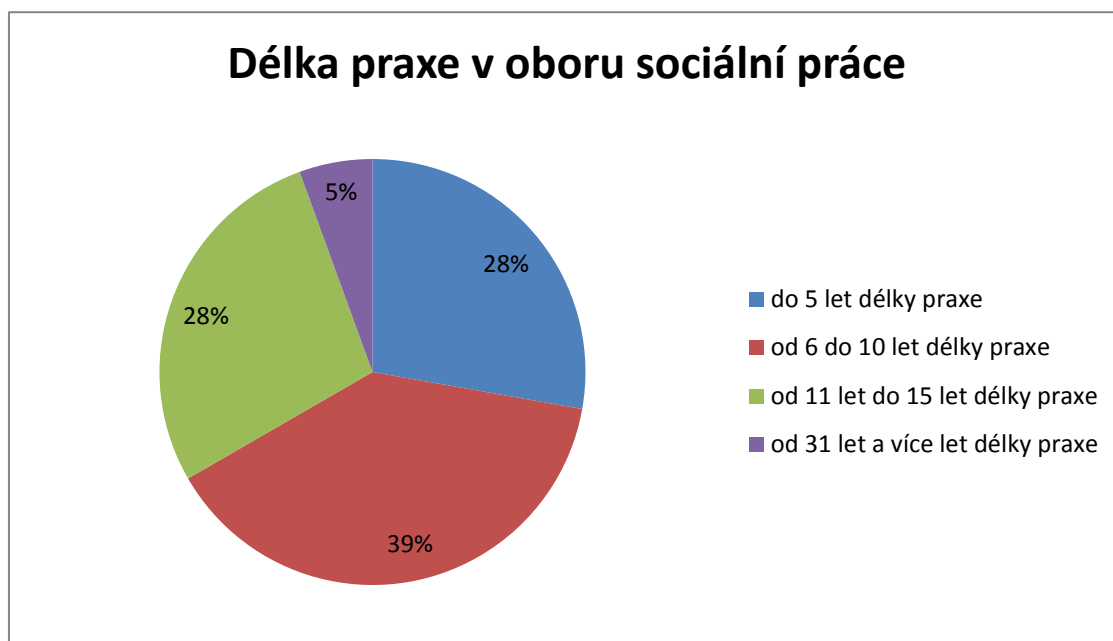
Graf 2 Věk respondentů

Dotazníková otázka č. 3. Znění otázky: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Zde jsme respondentům nabídli celkem pět uzavřených odpovědí. Od středního odborného vzdělání s maturitou až po vysokoškolské doktorské vzdělání. Hned do první kategorie, tedy střední vzdělání nespadá nikdo z tázaných. Zatímco do vyššího odborného vzdělání a vysokoškolského bakalářského vzdělání spadá stejný počet respondentů tj. v každé skupině pět lidí. O něco více dotázaných, konkrétně devět jedinců nalezneme v kategorii vysokoškolského magisterského studia. Vzhledem k tomu, že pracujeme s číslem devatenácti respondentů je již patrné, že poslední skupina vysokoškolské doktorské vzdělání neobsahuje žádného z dotazovaných.



Graf 3 Dosažené vzdělání respondentů

Dotazníková otázka č. 4. Znění otázky: Jaká je Vaše délka praxe v oboru sociální práce? U této otázky měli respondenti škálu sedmi možných odpovědí. Po prozkoumání všech dotazníků a následném rozdělení do skupin jsme zjistili, že dotazovaní spadají pouze do čtyř z daných uvedených možností. V první možné variantě, kterou jsme vymezili do pěti let délky praxe, se nachází celkem pět dotazovaných. V následující kategorii od šesti do deseti let délky praxe nalezneme osm respondentů. Shodně jako u první možné odpovědi, tedy pět dotazovaných, najdeme i v rozpětí od jedenácti do patnácti let délky praxe v oboru. A pouze jeden jediný z dotazovaných se svou odpovědí přiřadil k poslední možné variantě a tou je délka praxe třicet jedna a více let. Z výsledků je patrné, že nejvíce respondentů pracuje v oboru sociální práce od šesti do deseti let, což je 39% z dotazovaných.



Graf 4 Délka praxe respondentů

Dotazníková otázka č. 5. Znění otázky: Pracujete ve státní sféře nebo v neziskové organizaci?

I přesto, že jsme při výběru respondentů oslovili i několik neziskových organizací, všech devatenáct respondentů, kteří zaslali dotazník zpět, spadá do státní sféry.



Graf 5 Pracovní oblast respondentů

Dotazníková otázka č. 6. Znění otázky: Jaké je množství klientů ve Vaší péči?

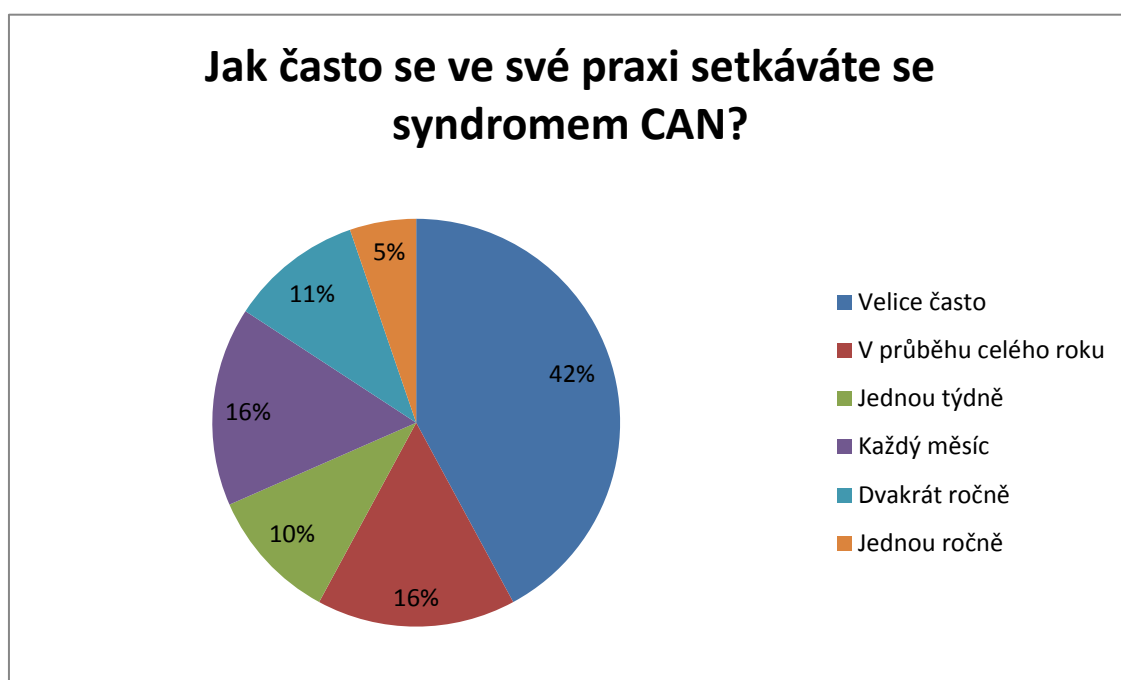
Cílem této otázky bylo zjistit, s jak rozsáhlým počtem klientů (děti) se daný sociální pracovník potýká. Dotázaní měli na výběr ze tří odpovědí. První možností byl počet nepřesahující pět set klientů. Tuto odpověď zvolilo deset lidí, což je více než polovina tázaných, přesněji řečeno 53%. Další skupinu pět set jedna až osm set klientů mají v péči čtyři respondenti. Zbýlých pět dotázaných zvolilo odpověď osm set jedna a více případů.



Graf 6 Množství klientů v péči

Dotazníková otázka č. 7. Znění otázky: Jak často se ve své praxi setkáváte se syndromem CAN?

Vzhledem k tomu, že tato otázka byla otevřená, byly odpovědi respondentů velice různorodé. I přesto se některé odpovědi téměř shodovaly. Osm z dotázaných odpovědělo, že se se syndromem CAN potýkají velice často. Je pravdou, že do této kategorie bychom svým způsobem mohli zařadit i tři další respondenty, kteří shodně uvedli, že se syndromem CAN se prakticky setkávají v průběhu celého roku. Další dva dotázaní uvedli, že podnět na podezření syndromu CAN obdrží jednou týdně. Následující tři z tázaných uvedli, že problematiku syndromu CAN řeší každý měsíc. Dva sociální pracovníci se shodli na tom, že zmíněnou problematiku řeší dvakrát do roka a jediný respondent uvedl jednou ročně.



Graf 7 Četnost syndromu CAN

Dotazníková otázka č. 8. Znění otázky: Jak se nejčastěji dozvíte o případu syndromu CAN? Kdo ho nahlásí?

U této otázky bylo na výběr ze čtyř možných odpovědí, ale dotazovaní mnohdy zvolili každou z variant, jimiž byly: policie, školské zařízení, anonymní nahlášení a jiné – otevřená podotázka. Dle odpovědí je patrné, že se o syndromu CAN dozvídají sociální pracovníci od více možných zdrojů. Dotázaní také uvedli, že se o případech dozvídají díky nahlášením lékařského zařízení, od příbuzných z rodiny, nahlášením druhého z rodičů či od samotného dítěte. Také může jít o vlastní poznatek OSPOD v rodině, se kterou se pracovníci setkávají z jiných důvodů. Z dosažených příchozích odpovědí jsem zjistila, že více než polovina nahlášených případů je anonymní.

Dotazníková otázka č. 9. Znění otázky: S jakými navazujícími službami spolupracujete v rámci řešení syndromu CAN?

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, jak široká škála navazujících služeb se při řešení syndromu CAN nabízí. Tato otázka byla zcela otevřená a respondenti se při jejím vyplnění vcelku rozepsali a samozřejmě uvedli více navazujících služeb najednou. Mezi zmíněnými službami byla lékařská zařízení, policie, státní zastupitelství, soud, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, psychoterapeuti a psychoterapeutická zařízení, psychologové, učitelé. Ale také centrum krizové intervence, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) a nestátní zdravotnické zařízení Spirála. Dále terapeutické skupiny, neziskové organizace, krizové centrum Riaps, oblastní charita, doprovázející organizace pro pěstouny a také přímo terénní aktivizační pracovníci v rodinách.

Dotazníková otázka č. 10. Znění otázky: Přebíráte v rámci řešení daného případu za rodiče dítěte kompetence? Pokud ano, tak jaké?

U otázky číslo deset se všichni respondenti shodli na tom, že kompetence za rodiče nepřebírají. Zde si dovoluujeme uvést dvě odpovědi v přesném znění: „*OSPOD za rodiče kompetence nepřebírá, ale snaží se zplnomocňovat rodiče v řešení záležitostí týkajících se dětí a podporovat obnovu narušených funkcí rodiny. Pokud se nedaří a možnosti rodiny jsou vyčerpány a dítě je v rodině natolik ohroženo, že již není možné*

v rodině dále sociálně výchovně působit, podáváme návrhy na nařízení různých druhů opatření. O těchto opatřeních následně rozhoduje soud, který má poslední slovo.“

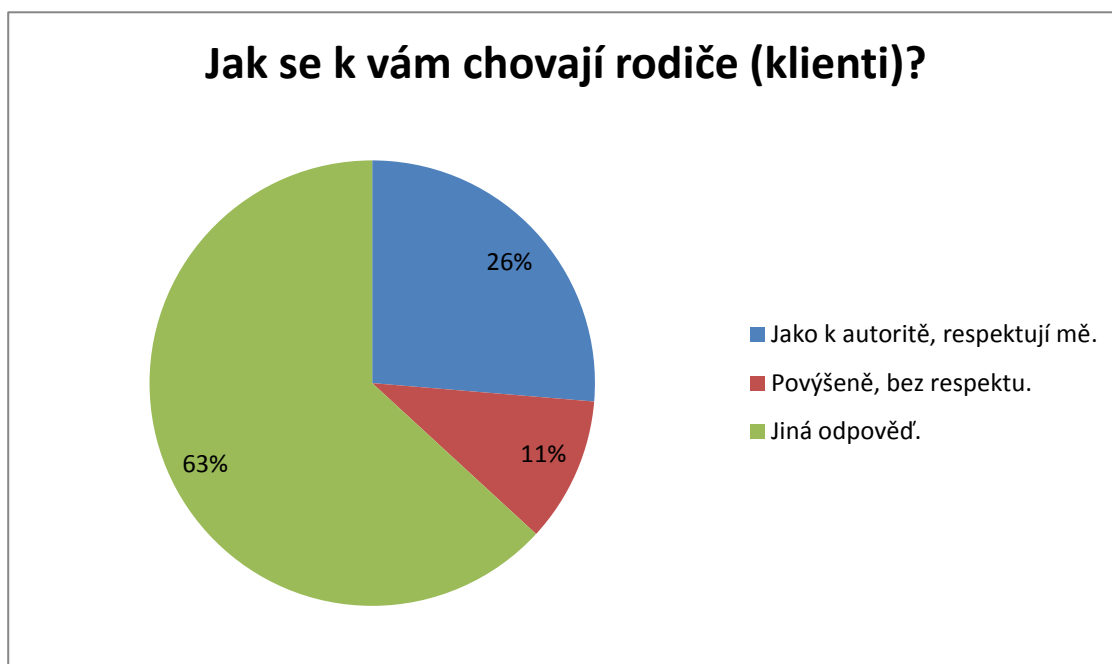
Další z odpovědí byla: „Nepřebíráme kompetence rodičů, poskytujeme poradenství, zprostředkováváme služby. V odůvodněných případech můžeme nařídit vlastní výchovná opatření – napomenutí, dohled a nařídit využití odborné poradenské pomoci. Na ochranu ohrožených dětí můžeme rovněž v odůvodněných případech podávat soudu návrhy na odejmutí dítěte z rodiny nebo na omezení pozastavení či odejmutí rodičovské odpovědnosti. Pokud jsme jmenováni soudem opatrovníkem dítěte (typický je opatrovník pro řízení o svěření dítěte do péče apod.), zastupujeme dítě pouze v tomto řízení, jinak zůstávají kompetence rodičů nedotčeny. Výjimkou jsou případy, kdy je OSPOD jmenován poručníkem dítěte. Jedná se o zcela ojedinělé případy, kdy rodiče buď nežijí, nebo nemají rodičovskou odpovědnost a není žádná další dítěti blízká osoba, která by mohla roli poručníka vykonávat. Další situace je role veřejného poručníka – po přechodnou dobu, kdy dítě nemá zákonného zástupce (rodiče nežijí nebo nemají rodičovskou odpovědnost) a dítěti dosud nebyl jmenován soudem poručník. V takovém případě děláme jen nezbytné úkony do doby, než bude poručník soudem jmenován. Vše se ve všech případech musí striktně řídit platnými právními předpisy.“

Sociální pracovníci se zde tedy naprosto shodli v tom, že kompetence za rodiče se nepřebírají a pokud ano, tak ve výjimečných případech, kdy je OSPOD jmenován poručníkem dítěte. Další z respondentů zde uvedli, že je rodiči nabídnuta krizová intervence, psychologická či jiná podpora, tak, aby mohl i nadále zastávat své kompetence.

Dotazníková otázka č. 11. Znění otázky: Jak se k Vám chovají rodiče (klienti)?

U této otázky byly tázaným nabídnuty tři možnosti odpovědí. Jednou z nich byla odpověď, že k sociálnímu pracovníkovi vzhlíží rodiče jako k autoritě a respektují ho. Tuto odpověď zvolilo pět respondentů. Dva z dotázaných uvedli, že se k nim klienti chovají bez respektu a povýšeně. Zbylých dvanáct respondentů uvedlo možnost c) u které se více rozepsali. Zde jsme vybrali jednu z odpovědí, která všechny odpovědi prakticky shrnuje. „*Toto nelze hodnotit všeobecně, každý případ je individuální, v prvotní fázi většinou přijmou doporučení odborné pomoci. Např. chovají se k nám jako k*

pomocníkovi, k někomu, kdo ho provází těžkým obdobím, k někomu, kdo po něm pořád něco chce. Někdy si z nás chtějí dělat kamaráda, jindy jsme jejich „nepřítel“. Někdy se rodič potřebuje vykřičet, najít viníka. Jednáme s lidmi v krizi, drogově závislími, s rodiči a dětmi s psychiatrickými diagnózami atd. Chování klientů je různé, záleží na jejich osobnosti a situaci, ve které se nalézají. I my proto musíme přistupovat ke každému individuálně. Všechny uvedené varianty chování existují.“



Graf 8 Chování rodičů vůči respondentům

Dotazníková otázka č. 12. Znění otázky: Hodnoty a postoje sociálního pracovníka – co je pro Vás osobně důležité při výkonu sociální práce v případě řešení syndromu CAN?

Tato otázka byla také otevřená. Cílem bylo zjistit osobní názor a hodnoty sociálního pracovníka. Všechny odpovědi se prakticky shodovaly. Pro tři z dotázaných je důležité řídit se etickým kodexem sociálního pracovníka. Další uvedli, že je pro ně důležitý aspekt toho, aby byla rodina ochotná spolupracovat a aby pro dítě udělali pracovníci OSPOD to nejlepší – tedy individuální hledání nejlepšího možného řešení v každém konkrétním případě a chránit tak citlivým přístupem dítě. Další oblast, kterou pokládají dotazovaní za důležitou je mezioborová spolupráce. Jeden z respondentů k tomuto faktu dodal: „Mezioborová spolupráce často nefunguje tak, jak by měla“. Za podstatné zmiňují sociální pracovníci také včasnou a intenzivní spolupráci s rodinou, tedy sanaci rodiny. Pět respondentů uvedlo, že za nezbytnost považují odbornou znalost a orientaci

v nabídce služeb, řešit a také zvládat krizové situace. Samozřejmě nesmí chybět ani empatie, nadhled a profesionalita.

Dotazníková otázka č. 13. Znění otázky: Setkal(a) jste se ve své praxi s nějakým případem, který Vám natolik utkvěl v paměti, že ho pravděpodobně nikdy nezapomenete?

V tomto případě měli respondenti na výběr ze třech odpovědí a to: ano, ne a nevím. Všichni z dotázaných, tedy devatenáct z devatenácti zde totiž uvedli, že se za dobu své praxe v oboru sociální práce s dětmi postiženými syndromem CAN setkali s případem, na který nikdy nezapomenou.



Graf 9 Nezapomenutelný případ

Dotazníková otázka č. 14. Znění otázky: S jakými úskalími sociální práce se při řešení syndromu CAN setkáváte?

V této otázce jsme opět nechali respondentům volnou ruku k tomu, abychom se dozvěděli, s jakými úskalími se při své práci setkávají. Většina dotázaných uvedla, že vidí úskalí v omezeném množství kvalitních psychologů, psychiatrů a v jejich pracovních kapacitách. Jeden z tázaných respondentů uvedl: „*Chybí také multioborový tým, nastavení pravidel spolupráce a vymezení kompetencí jednotlivých účastníků, osvěta*

veřejnosti (i v rámci anonymních oznámení, které si lidé často bojí na OSPOD podávat, popřípadě ani neví, že se na nás mohou obrátit). Bídna je rovněž primární prevence ve školách v rámci syndromu CAN, špatně také fungují výchovní poradci na školách, kteří neví, jak takové situace řešit, popř. neumí s dětmi o těchto věcech otevřeně hovořit.“

Někteří respondenti uvádí, že za úskalí považují neochotu nebo obtížnou spolupráci zúčastněných, ale také jejich strach. Další dotázaní zmínili i potencionální hrozbu, kterou může být syndrom vyhoření. Pracovníci OSPOD se v dotaznících také shodují na tom, že provázanost složek činných v řešení případu je špatná. Tím se řešení případu prodlužuje na měsíce, někdy i roky.

Další z respondentů uvedl doslovně: *„Byrokracie, příliš mnoho procedur, formalismus, ze kterého se skutečný osud dítěte vytrácí, zahlcení zbytečnou administrativou na všech úrovních. Nejednotnost právních předpisů a jejich občas i protichůdných výkladů. Nekompetentní tvorba metodik. Pracovníci OSPOD se dostávají do dilematu – buď pomoci dítěti nebo dodržet metodiku MPSV.*

4.7 Průzkumná zjištění

V následujících řádcích bychom rádi shrnuli informace získané z dotazníkového šetření.

V našem průzkumu jsme zjistili, že 95% dotazovaných jsou ženy a pouze 5% jsou muži. Co se týká věku dotazovaných, tak 42% dotazovaných je ve věku 36-45 let. Dle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. je dáno, jaké vzdělání má splňovat sociální pracovník pro výkon této profese. Dotazníkovým šetřením se potvrdilo, že 48% dotazovaných má vysokoškolské magisterské vzdělání, 26% vysokoškolské bakalářské vzdělání, 26% vyšší odborné vzdělání. Nejčastější délka praxe sociálních pracovníků je 6-10 let. 31 a více let praxe dosáhlo jen 5% dotazovaných. Do 5 let praxe dosáhlo 28% dotazovaných a stejné procento bylo zastoupeno v rozmezí praxe od 11 do 15 let. Dále jsme zjistili, že všichni z dotazovaných pracují ve státní sféře. Zajímavé zjištění bylo, že 53% respondentů má ve své péči do 500 klientů. 501-800 klientů má 21% respondentů. 26% respondentů má 801 a více klientů.

Ve své praxi se sociální pracovníci se syndromem CAN setkávají velice často, což potvrdilo až 42% dotázaných. 16% odpovědělo, že se se syndromem CAN setkávají jedenkrát za měsíc. Pouze 5% dotazovaných odpovědělo, že se s případem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte setkávají jen jednou ročně.

Dotazovaní zmínili, že více než polovina nahlášených případů je anonymní. Dále se sociální pracovníci o syndromu CAN dozvídají od lékařů, policie, příbuzných či od druhého rodiče nebo od dítěte.

Multioborová spolupráce probíhá mezi OSPOD a lékařskými zařízeními, učiteli, policií, státním zastupitelstvím, soudem, sociálně aktivizačními službami pro děti, psychoterapeuty a také od zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) atd.

Respondenti uvedli, že OSPOD při řešení syndromu CAN běžně nepřebírá kompetence za rodiče. Toto řešení je možné jen v případech, kdy je OSPOD jmenován poručníkem dítěte. Jedná se o zcela ojedinělé případy, kdy rodiče buď nežijí, nebo nemají rodičovskou odpovědnost a není žádná další dítěti blízká osoba, která by mohla roli poručníka vykonávat.

26% respondentů zmínilo, že je rodiče respektují a vnímají je jako autoritu. 11% uvedlo, že je rodiče nerespektují.

Všichni dotázaní za své důležité hodnoty pokládají řídit se etickým kodexem sociálního pracovníka. Dalším aspektem důležitým pro práci sociálního pracovníka je ochota rodiny spolupracovat a snaha sociálního pracovníka udělat pro dítě to nejlepší, tedy individuální hledání nejlepšího možného řešení v každém konkrétním případě. Další oblast, kterou pokládají dotazovaní za důležitou, je mezioborová spolupráce.

Všichni z dotázaných se za dobu své praxe setkali s případem syndromu CAN, na který nikdy nezapomenou.

Poslední částí našeho průzkumu bylo zjistit, s jakými úskalími se sociální pracovníci setkávají. Většina respondentů vidí úskalí v omezeném množství kvalitních psychiatrů a psychologů a v nedostatečné multioborové spolupráci či nastavení pravidel spolupráce (vymezení kompetencí jednotlivých účastníků). Nedostatečná je také prevence.

5 Diskuse

Předložená bakalářská práce mapuje problematiku role sociálního pracovníka při systémovém řešení syndromu CAN.

Jak jsme zjistili již v teoretické části bakalářské práce, velice důležitou součástí vyšetřování syndromu CAN je multioborová spolupráce. Z empirické části dle našich respondentů vyplývá, že multioborová spolupráce není dostatečná a je třeba jí bezesporu více prohloubit a zlepšovat. Dle odpovědí je zřejmé, že chybí vymezení kompetencí jednotlivých odborníků. Matoušek a kol. (2005, s. 29) podotýká, že kvalitnější spoluprací je možné vyšetřování syndromu CAN zrychlit a tím i nezpůsobovat dítěti druhotné týrání (sekundární viktimizaci) nebo dokonce lze tímto dítěti ochránit zdraví a život. Také Matoušek a kol. (2007) uvádí, že je velmi důležité, aby v multidisciplinárním týmu znali všichni vzájemně své role a kompetence, protože spolupráce oborů je pro sociální práci klíčová. Zprostředkování takové pomoci je základnou sociální práce. Proto by měl sociální pracovník dobře znát také návazné služby a kompetence jednotlivých odborností, se kterými může spolupracovat nebo s nimi navazovat spolupráci účinnou pro klienta.

Způsob spolupráce může být ovlivněn prvotním nahlášením týraného dítěte. Dle ročního výkazu o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2019 vyplývá, že nejčastějším oznamovatelem syndromu CAN byla zdravotnická zařízení, škola, školské zařízení, ústavní zařízení nebo ZDVOP. Naši respondenti však zodpověděli, že více než polovina hlášených případů je anonymní.

Důležitou součástí práce sociálního pracovníka je podpora rodiny. Bechyňová s Konvičkovou (2008, s. 20-21) uvádí, že hlavní pomocí rodiny je myšlena podpora rodičovských kompetencí. V našem průzkumu všichni sociální pracovníci, kteří pracují na OSPOD, potvrdili, že kompetence rodičů se v procesu péče o dítě se syndromem CAN podporují, ale zásadně se nepřebírají. Jak sociální pracovníci uvedli, toto řešení je možné jen v případech, kdy je OSPOD jmenován poručníkem dítěte. Jedná se o zcela ojedinělé případy, kdy rodiče buď nežijí, nebo nemají rodičovskou odpovědnost a není žádná další dítěti blízká osoba, která by mohla roli poručníka vykonávat.

Pro výkon práce sociálního pracovníka OSPOD je důležitá také orientace v oboru, kterou tito pracovníci získávají odpovídajícím vzděláním. Odbornou způsobilost

k výkonu povolání sociálního pracovníka vymezuje Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a to následovně. Vzdělání, které se pro výkon sociálního pracovníka požaduje tedy: minimálně vyšší vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost. A dále vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu. Tuto skutečnost potvrdil také průzkum v naší bakalářské práci, který ukázal, že 48% našich respondentů má vysokoškolské magisterské vzdělání.

Odpovídající zkušenosti získávají sociální pracovníci OSPOD také hlavně praxí. Délka praxe našich respondentů je nejčastěji v rozmezí šesti do deseti let.

Dotázaní respondenti se v dotaznících vyjádřili, že poměrně vysoký výskyt syndromu CAN v naší společnosti je způsoben nedostatečnou prevencí. Podle definice Světové zdravotnické organizace prevence znamená: „*Počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo.*“ Dunovský a kol. (1995, s. 103) dále uvádí, že primární prevenci můžeme zacílit na tři skupiny. A to na širokou veřejnost, na rodiče a vychovatele a v neposlední řadě na odborné pracovníky. Sekundární prevence by měla být zaměřena na rizikové skupiny a rizikové životní situace, tak, aby se riziko CAN snížilo na minimum. Mezi rizikové skupiny patří zejména osoby, které se setkaly s týráním v dětství. Je známo, že mnoho tyranů vyrůstalo v rodině s despotickým otcem. Dva z nejhorších diktátorů 20. století Hitler a Stalin zažili krutou výchovu s tělesnými tresty a ponižováním. Na druhou stranu je dokázáno, že respektující výchova byla jedním z podstatných faktorů formování altruistických osobností. Manželé Olinerovi (1988, in Nováčková, Nevolová 2020) provedli výzkum s osobami, které prokazatelně pomohly židům v Evropě za druhé světové války. Jedním ze zásadních zjištění bylo, že výchozí rodiny zpravidla fungovaly velmi dobře, žily podle jasných pravidel chování, ale od dětí se nevyžadovala slepá poslušnost. V těchto rodinách se trestalo jen ojediněle a to, pokud děti ublížily jinému dítěti. Rodiče je v takové situaci vedli především k nápravě, tím, aby pochopily význam pravidel. Děti tak pociťovaly důvěru svých rodičů. (Nováčková, Nevolová 2020, s. 30)

V oblasti prevence je z našeho empirického průzkumu zřejmé, že v osvětě veřejnosti jsou velké mezery. Lidé často ani nevědí, kam se v případě nahlášení případu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte obrátit.

6 Doporučení pro praxi

Na základě zjištění v empirické části této bakalářské práce bychom jako doporučení pro praxi navrhovali, dostatečně zlepšit a prohloubit poskytování primární prevence. Za vhodné bychom považovali zaměřit se na prevenci ve školách, zde realizovat více přednášek, vzdělávat výchovné poradce ohledně syndromu CAN, aby věděli jak s dětmi o této problematice hovořit a dokázali správným způsobem postupovat. V oblasti prevence syndromu CAN v rodinách by bylo vhodné více připravovat budoucí a hlavně mladé rodiče, zejména ty, kteří si sami prošli traumatickými zážitky a je u nich riziko transgeneračního přenosu.

Dětem, které se staly obětí týrání, zneužívání a zanedbávání poskytovat dostatečnou odbornou psychologickou pomoc. Důležitá je i role samotného Orgánu sociálně právní ochrany dětí. V dnešní době se stále ještě potýkáme s tím, že tato instituce a vůbec výkon sociální práce nemá dostatečnou prestiž, a tak záleží i na médiích, jak budou OSPOD a jeho pracovníky prezentovat. Někteří lidé nevědí, že se mohou na OSPOD obrátit v případě, kdy mají v okolí podezření na týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte. Na druhou stranu vnímáme, že velkým problémem a zábranou může být i strach nebo stud oznamovatele zapojovat se do cizích záležitostí. Měli bychom se však učit, být vnímaví vůči okolí a především nebýt lhostejní.

Tato bakalářská práce je psaná v době pandemie koronaviru. V některých rodinách se v tomto období rozvinulo větší množství stresu, vypětí i patologických jevů v rodinách. V tomto důsledku přibýlo více dětí, které kontaktovaly Linku důvěry. A jak tomu už v dnešní době bývá, tato generace preferuje více jako formu komunikace psaní, tedy chat. Děti se tak dokáží více otevřít svým emocím. Do budoucna bychom se mohli více zaměřit na rozšíření virtuálních služeb Linky bezpečí, či Linky důvěry. Například Linka důvěry již zprovoznila online komunikaci s týranými dětmi. Přispět může každý a pomůže tak navýšit kapacitu chatu. (srov. Linka důvěry; Krčmářová 2010, s. 33)

Jelikož všichni z respondentů uvedli, že se za dobu své praxe s týranými, zneužívanými a zanedbávanými dětmi setkali s případem, na který nikdy nezapomenou, domníváme se, že je velice důležité, aby jim byla poskytována také kvalitní supervize nebo psychologická péče, tak, aby sociální pracovníci předešli případnému syndromu vyhoření.

Důležitou součástí doporučení pro praxi vnímáme sjednocení právních předpisů. Dle průzkumného dotazníku bylo zjištěno, že pracovníci OSPOD se dostávají do dilematu – buď pomoci dítěti nebo dodržet metodiku MPSV.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakou roli sehraává sociální pracovník v systémovém řešení syndromu CAN.

V první kapitole teoretické části jsme rozpracovali problematiku syndromu CAN a zaměřili jsme se na jednotlivé formy týrání a také na prevenci a následky syndromu CAN. Druhá kapitola vymezila funkci rodiny ve vztahu k syndromu CAN a její rizikové faktory. Ve třetí a poslední kapitole teoretické části jsme se zabývali zajištěním péče o dítě se syndromem CAN, včetně příslušné legislativy.

Hlavním úkolem empirické části bylo zjistit jaká je role sociálního pracovníka v systémovém řešení syndromu CAN. Ke zjištění jsme použili dotazníkové šetření. Pro výzkum byly stanoveny dvě průzkumné otázky.

Z výsledků šetření jsme zjistili, že role sociálního pracovníka v systémovém řešení syndromu CAN je důležitá a nezastupitelná. A to i přesto, že nepracuje individuálně, ale je součástí multidisciplinárního týmu. Sociální pracovníci spolupracují s lékaři, policií, státním zastupitelstvím, soudem, sociálně aktivizačními službami pro rodiny s dětmi, psychoterapeuty a psychoterapeutickými zařízeními, psychology, učiteli a ZDVOP. Nicméně nastavení pravidel a spolupráce a vymezení kompetencí jednotlivých spolupracovníků není funkčně v tomto systému nastavena. Výrazná je absence kvalitních psychologů a nedostatečně je také nastavena prevence. Nedostatečné je také proškolení výchovných poradců škol v této problematice, případně tyto osoby neumí s dětmi o těchto problémech otevřeně hovořit.

Z výsledků empirického šetření vyšlo také najevo, že se sociální pracovníci o týrání dítěte v rodině či jiné formě násilí CAN dozvídají od policie, školského zařízení, či od lékařů. Přičemž více než polovina nahlášených případů je anonymní. Bylo potvrzeno, že se lidé o výskytu týrání dítěte ve svém okolí bojí podávat oznámení nebo neví, kam se v takové situaci obrátit.

Kompetence sociálního pracovníka vychází ze zákona č. 359/1999 Sb. Zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Tímto zákonem se tedy sociální pracovníci v případě řešení syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte řídí. Ze zákona, ale i

z empirického šetření vyplývá, že kompetence rodičů se nepřebírají. Pouze ve třetině případů je sociální pracovník autoritou pro své klienty.

Roli sociálního pracovníka v drtivé většině zastávají ženy, ve věku od třiceti šesti do čtyřiceti pěti let, ve většině případů s dosaženým vysokoškolským magisterským vzděláním. Délka praxe těchto pracovníků se nejčastěji pohybuje mezi šesti až deseti lety. Ve své péči má každý pracovník průměrně do pětiset klientů, přičemž s výskytem syndromu CAN se u svých klientů setkávají velice často.

Na základě získaných výsledků v závěru práce se věnujeme také doporučení pro praxi.

Seznam použitých zdrojů

1. BACUS, A., 2009. *Vaše dítě ve věku od 1 do 3 let*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-564-6.
2. BECHYŇOVÁ, V., 2007. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: Ireas. ISBN 978-80-86684-47-5.
3. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M., 2008. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-392-5.
4. ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P., a kol., 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha. ISBN 978-80-247-2014-2.
5. DUNOVSKÝ, J., 2005. Péče o sexuálně zneužívané děti. In: WEISS, P., 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
6. DUNOVSKÝ, J. a kol., 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-192-5.
7. ELLIOTT, J., PLACE, M., 2002. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0182-0.
8. GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
9. HANUŠOVÁ, J., 2006. *Násilí na dětech - syndrom CAN*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-78-4.
10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
11. KRČMÁŘOVÁ, B., 2010. Děti a internet. In: Sdružení linky bezpečí, 2005. *Děti a jejich problémy III: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí. ISBN 978-80-254-6840-1.
12. KREJČÍŘOVÁ, D., 2007. Týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. In: Kolektiv autorů. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: IREAS. ISBN 978-80-86684-47-5.

13. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
14. MATOUŠEK, O., a kol., 2003a. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
15. MATOUŠEK, O., a kol., 2003b. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
16. MATOUŠEK, O. a kol., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
17. MATOUŠEK, O., PAZLAROVÁ, H., 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0522-7.
18. NOVÁČKOVÁ, J. a NEVOLOVÁ D., 2020. *Respektovat a být respektován*. Praha: Czech Edition. ISBN 978-80-87917-50-3.
19. PEMOVÁ, T, PTÁČEK, R., 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5695-0.
20. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-1216-4.
21. PÖTHE, P., 2005. Sexuální zneužívání dítěte v rodině. In: Weiss P. a kol., 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
22. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada, Psyché. ISBN 978-80-247-5452-9.
23. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. 1995. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-168-2.
24. SCHMIDOVÁ, K., 2010. Týrané a zneužívané děti a dospívající. In: Sdružení linky bezpečí, 2005. *Děti a jejich problémy III: sborník studií*. Praha: Sdružení Linka bezpečí. ISBN 978-80-254-6840-1.
25. ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2003. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde. ISBN 80-86131-44-0.

26. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
27. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-414-4.
28. WEISS, P., 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 80-247-0929-5.
29. Zákon č. 359/1999 Sb. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. [cit. 2020-11-5]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>
30. Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR* [online]. [cit. 2020-11-5]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Internetové odkazy

1. <<https://www.sancedetem.cz>> - Šance dětem
2. <<https://www.icv.vlada.cz>> - ICV vláda, Zdravotní komise Rady Evropy
3. <<https://www.linkabezpeci.cz>> - Linka bezpečí
4. <<https://www.icv.vlada.cz>> - ICV vláda
5. < <https://www.MPSV.cz>> MPSV

Seznam grafů

GRAF 1 POHLAVÍ RESPONDENTŮ.....	34
GRAF 2 VĚK RESPONDENTŮ	35
GRAF 3 DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ RESPONDENTŮ	36
GRAF 4 DÉLKA PRAXE RESPONDENTŮ	37
GRAF 5 PRACOVNÍ OBLAST RESPONDENTŮ	38
GRAF 6 MNOŽSTVÍ KLIENTŮ V PÉČI	39
GRAF 7 ČETNOST SYNDROMU CAN	40
GRAF 8 CHOVÁNÍ RODIČŮ VŮČI RESPONDENTŮM	43
GRAF 9 NEZAPOMENUTELNÝ PŘÍPAD	44

Seznam příloh

Příloha č. 1. dotazník

DOTAZNÍK – ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PŘI ŘEŠENÍ SYNDROMU CAN

Dobrý den, jmenuji se Nikola Kohlová a jsem studentkou oboru sociální práce na Technické univerzitě v Liberci. A dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku k mé bakalářské práci na téma Role sociálního pracovníka v problematice syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte. Velice Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. POHLAVÍ

a) žena

b) muž

2. VĚK

a) do 25 let

b) 26-35

c) 36-45

d) 46-55

e) 56 a více

3. VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ

a) úplné střední odborné vzdělání s maturitou

b) vyšší odborné vzdělání

c) vysokoškolské bakalářské

d) vysokoškolské magisterské

e) vysokoškolské doktorské

4. DÉLKA PRAXE V OBORU SOCIÁLNÍ PRÁCE

a) do 5 let

b) 6-10 let

c) 11-15 let

- d)16-20 let
- e)21-25 let
- f) 26-30 let
- g)31 a více let

5. PRACUJETE VE STÁTNÍ SFÉŘE NEBO V NEZISKOVÉ ORGANIZACI?

- a) ve státním sektoru
- b) v neziskové organizaci

6. JAKÉ JE MNOŽSTVÍ KLIENTŮ VE VAŠÍ PÉČI?

- a) do 500
- b)501-800
- c)801 a více

7. JAK ČASTO SE VE SVÉ PRAXI SETKÁVÁTE SE SYNDROMEM CAN? (prosím doplňte – otevřená otázka)

8. JAK SE NEJČASTĚJI DOZVÍTE O PŘÍPADU SYNDROMU CAN? KDO HO NAHLÁSÍ?

- a) policie
- b) školské zařízení
- c) anonymní nahlášení
- d) jiný - uveďte

9. S JAKÝMI NAVAZUJÍCÍMI SLUŽBAMI SPOLUPRACUJETE V RÁMCI ŘEŠENÍ SYNDROMU CAN? (prosím doplňte – otevřená otázka)

10. PŘEBÍRÁTE V RÁMCI ŘEŠENÍ DANÉHO PŘÍPADU ZA RODIČE DÍTĚTE KOMPETENCE? POKUD ANO, TAK JAKÉ? (prosím doplňte – otevřená otázka)

11. JAK SE K VÁM CHOVAJÍ RODIČE (KLIENTI)?

- a) vzhlíží ke mně jako k autoritě, respektují mě
- b) bez respektu, povýšeně
- c) jinak - doplňte

12. HODNOTY A POSTOJE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA – CO JE PRO VÁS OSOBNĚ DŮLEŽITÉ PŘI VÝKONU SOCIÁLNÍ PRÁCE V PŘÍPADĚ ŘEŠENÍ SYNDROMU CAN? (prosím doplňte – otevřená otázka)

13. SETKAL(A) JSTE SE VE SVÉ PRAXI S NĚJAKÝM PŘÍPADEM, KTERÝ VÁM NATOLIK UTKVĚL V PAMĚTI, ŽE HO PRAVDĚPODOBNĚ NIKDY NEZAPOMENETE?

- a) Ano
- b) Ne
- c) nevím

14. S JAKÝMI ÚSKALÍMI SOCIÁLNÍ PRÁCE SE PŘI ŘEŠENÍ SYNDROMU CAN SETKÁVÁTE? (prosím doplňte – otevřená otázka)