

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

MIROSLAVA SEROISZKOVÁ

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

DĚTSKÁ KRIZOVÁ CENTRA V BRNĚ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová Ph.D.

OLOMOUC 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a citované materiály jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Brně dne 9. dubna 2010

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Dagmar Pitnerové Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Také bych ráda poděkovala za spolupráci a odborné rady Mgr. Sakařovi, vedoucímu DKC Hapalova, a sociální pracovníci paní Bizíkové, která mě provázela po dobu mé praxe centrem.

OBSAH

ÚVOD.....	4
-----------	---

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....	7
2 DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM.....	9
2.1. Historie vývoje dětských krizových center v České republice.....	12
2.2. Dětská krizová centra ve vybraných zemích Evropské unie.....	14
2.3. Dětské krizové centrum v systému sociálních služeb.....	17
2.4. Spolupráce DKC s ostatními organizacemi.....	19
2.5. Legislativa.....	21
3 OHROŽENÉ DÍTĚ	25
3.1. Příčiny vzniku CAN.....	26
3.2. Formy syndromu CAN	29
3.3. Prevence syndromu CAN.....	40
4 KRIZOVÁ INTERVENCE	44
4.1. Formy krizové intervence.....	47
4.2. Krizová intervence v případech násilí páchaného na dětech.....	49

EMPIRICKÁ ČÁST

5 DEMOGRAFIE MĚSTA BRNA.....	52
6 DKC V MĚSTĚ BRNĚ.....	57
6.1. Spondea.....	57
6.2. Dětské krizové centrum Hapalova.....	66
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	74
7.1 Cíl výzkumu.....	74
7.2 Metodologie výzkumu.....	75
7.3 Vlastní výzkumné šetření.....	77
7.6 Diskuse.....	100
ZÁVĚR.....	105
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	106

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHY

ANOTACE

ÚVOD

Rány, co se nikdy nezahojí.

Mami, kde máš nějaké fotky z dětství? Dcera se na mě prosebně dívala. Chtěla jsem se vymluvit, že nevím, kde jsou, nebo říct, že my prostě žádné nemáme. Ale neměla jsem sílu. Došla jsem do sklepa a vytáhla starou krabici od bot. Byla v ní panenka, dva pohledy a pár zašlých fotografií. Fotek, z nichž se na mě dívala ušmudlaná hubená holčička s očima plnými strachu. Vůbec jsem ji nepoznávala. A přitom jsem to byla já před třiceti lety.¹

Oslovil mne článek v časopise, který jsem četla, v němž paní popisuje příběh svůj i svého zemřelého bratra. Jednalo se o rodinu, kde docházelo k týrání a zneužívání obou sourozenců vlastními rodiči. Přesto, že rodina byla známá po celém okolí, nikdo se nesnažil dětem pomoci. Až po několika letech paní pomohl její učitel, pro jejího bratra však už bylo pozdě. Příběh se udál před třiceti lety, ale i v současnosti jsme svědky smutných událostí. Díky médiím se setkáváme s tímto problémem velmi často. Týrání, zneužívání a zanedbávání patří mezi jedno z největších nebezpečí pro děti v této době. Problematikou týrání, zneužívání a zanedbávání se naši lékaři zabývají již od 70. let 20. století. Bohužel jejich snaha o komplexní péči pro tyto děti se postupně začala řešit až po revoluci roku 1989. Snaha vyvrcholila po 3. Evropské konferenci pro prevenci syndromu zneužívaného, týraného a zanedbávaného dítěte konané v červnu 1991 v Praze.

Po ní pak bylo založeno první odborné pracoviště zaměřené přímo na problematiku ubližování dětí u nás – Dětské krizové centrum v Praze. Postupem času začala vznikat nová krizová centra po celé České republice.² Přesto u nás bohužel stále není vyřešen systém odborných pracovišť a služeb, které by poskytovaly všestrannou pomoc dítěti v nouzi.³

Cílem diplomové práce je představit činnost dětských krizových center, soustředit se na dětská krizová centra v městě Brně. V práci je popsána činnost dětských krizových center, jejich struktura a nabídka služeb, které nabízí.

¹ Časopis Svět ženy, Rány jež se nezahojí, 2/2010, s. 80-82

² DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 11.

³ PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 165

Cílem bylo zjistit, zda jsou DKC v Brně využívána, jaké služby nabízí a kdo tvoří jejich cílovou skupinu. Dále jaké je povědomí občanů města Brna o existenci DKC.

Diplomová práce je členěna na část teoretickou a empirickou. V teoretické části seznamujeme čtenáře s odbornou terminologií, s DKC, jeho vývojem v České republice i ve vybraných zemích Evropské unie. Dále se zabýváme zařazením DKC v systému sociálních služeb a legislativou. Další část se skládá z definice jevu ohrožené dítě, jeho příčin projevů a důsledků a krizové intervence.

V empirické části je popsána demografie města Brna a dětská krizová centra v Brně. Pro podrobné zpracování byly vybrány dvě dětská krizová centra, jedno státní a druhé nestátní. První je **Spondea** – obecně prospěšná společnost, jejímž posláním je zlepšování kvality života dětí, mladých lidí a jejich blízkých, dále osob ohrožených domácím násilím, s cílem podpořit je ve schopnosti řešit jejich obtížné životní situace a opětovně je začlenit do společnosti. Spondea je poskytovatelem sociálních služeb, má pověření pro výkon sociálně-právní ochrany dětí a je zařazena mezi poskytovatele nestátních zdravotnických služeb.

Druhé je **Dětské krizové centrum pro děti a dospívající Hapalova 4**. Posláním je prevence, diagnostika, terapie a odborné posuzování syndromu CAN. Krizové centrum pro děti a dospívající je zařízení pro děti, kteří potřebují okamžitou pomoc, a řídí se platnou úpravou zákona č. 359/199 Sb. § 42 o sociálně právní ochraně dětí a ve znění pozdějších předpisů. Zřizovatelem Krizového centra je Centrum sociálních služeb – příspěvková organizace. V rámci empirické části byla provedena Anketa, cílem bylo zjistit zda mají občané Brna povědomí o existenci DKC a zda určité znají.

Věřím, že diplomová práce přiblíží činnost dětských krizových center, které jsou často jediným zařízením pomoci pro děti v krizi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Dítě je člověk v prvním období svého života. Dle Úmluvy o právech dítěte z roku 1989 je dítě lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jež se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.⁴

Rodina je podle sociologické definice skupina osob navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, jejíž dospělí členové jsou odpovědni za výchovu dětí. Existuje několik variant uspořádání rodiny. Základní rodinu tvoří muž a žena a jejich děti, zatímco rozšířená rodina zahrnuje prarodiče, tety, strýce a bratrance.

Další modely jsou polygamní (obvykle patriarchální) rodina a neúplná rodina s jedním rodičem (obvykle ženou).

Dysfunkční rodina – neplní řádně a náležitě své základní funkce (biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomické, nebo pedagogicko-psychologické).

Afunkční rodina – neplní své základní funkce a ohrožující výživu, zdraví a dokonce někdy i život dětí.⁵

Krise může být rozvod, rozchod, úmrtí, nemoc, ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, panika, strach, „nevím si s tím rady“, „mám příliš málo času“, traumatický zážitek.⁶

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, *obecně označovaný v anglosaské literatuře jako Syndrom CAN (Child Abuse and Neglect) a odtud převzatý i do naší terminologie, je soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Je výsledkem převážně úmyslného ubližování dítěti, způsobeného nebo působeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči. Jejich nejvyhraněnější podobou je úplné zahubení dítěte.*

Tělesné týrání je definované jako tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, 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.

⁴ DUNOVSKÝ, J., a kol. *Sociální pediatrie vybrané kapitoly*. Praha:Grada, 1999, s. 40

⁵ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha, 1993, s. 87- 117

⁶ ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada 2004, s.11

Zanedbávání může být způsobeno nepodáním odpovídajícího jídla, ošacení, lékařské péče nebo izolace od okolního světa. Patří sem nechávání malých dětí bez dozoru, netečnost k tomu, co děti dělají mimo školu.

Psychické a emociální týrání vedoucí ke strachu dítěte, ponižování, nadávání mu, izolace.

Sexuální zneužívání: „jde o nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá.“⁷

Syndrom CSA (Child Sexual Abuse) – syndrom sexuálně zneužitého dítěte, vyznačuje se symptomy, jako je nízká sebeúcta, poruchy spánku, strach, deprese, delikvence, sexuální dysfunkce.⁸

Dětské krizové centrum je organizace, která má hlavní zaměření na problematiku syndromu CAN, a to jak v oblasti prevence, diagnostiky, tak v oblasti terapie. Pracovní tým DKC tvoří psychologové, sociální pracovníci a psychoterapeuti.⁹

Krizová intervence je terapeutické vedení klienta v krizi. Tvoří jí různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu.¹⁰

Sociální pracovnice poskytuje poradenství v oblasti sociální péče.

OSPOD - Orgán sociálně právní ochrany dětí.

SPO - Sociálně právní ochrana

⁷ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 20.

⁸ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 35

⁹ PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 165-170

¹⁰ ŠPATĚNKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada, 2004, s. 15

2 DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM

Hlavním zaměřením DKC je problematika syndromu CAN (Child Abuse and Neglect – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte), a to jak v oblasti prevence a diagnostiky, tak v oblasti terapie. Pracovní tým DKC tvoří psychologové, sociální pracovníci a psychoterapeuti. Předností práce DKC je dlouhodobost a odbornost poskytované péče.¹¹

Principy pojetí práce dětských krizových center jsou následující:¹²

Komplexnost – zahrnuje celkovou péči o dítě v oblasti tělesné, duševní i společenské. Respektuje všechny jeho potřeby i požadavky, vše by mělo probíhat za spolupráce s rodinou.

Interdisciplinárnost – tzn. zajištění účasti všech, nebo alespoň těch nejdůležitějších odborníků při péči o dítě, dobře vzdělaných a zkušených ve svém oboru a současně rozumějících problematice pracovníka oboru druhého tak, aby se spolu uměli domluvit

(a ovšem též i s dítětem a rodinou). Důležité je též, aby byli schopni ocenit závažnost a urgentnost toho či onoho dílčího aspektu dané otázky a na tu také uměli náležitě a rychle odpovědět.

Kvalifikovanost – samozřejmostí je získávání znalostí nejen ze zahraničí, ale již i z naší odborné literatury. S tím souvisí i celoživotní vzdělávání profesionálních pracovníků v této oblasti. Důležitá je jejich připravenost a schopnost řešit kvalifikovaně případy.

Se základním rozpoznáním syndromu CAN by měli být seznámeni všichni pracovníci v péči o dítě, především učitelé, vychovatelé, trenéři.

Hlavní úkoly DKC spočívají především ve vlastní klinické práci interdisciplinárního charakteru na odborné úrovni „*lege artis*“. V diagnostické, intervenční, terapeutické a rehabilitační činnosti, dále v práci poradenské. Důležitá je činnost posudková, jež spočívá především ve vypracování stanovisek a nálezů pro zúčastněné instituce.

Integrační součástí práce DKC je jeho preventivní činnost, a to na všech jejích úrovních a etapách.

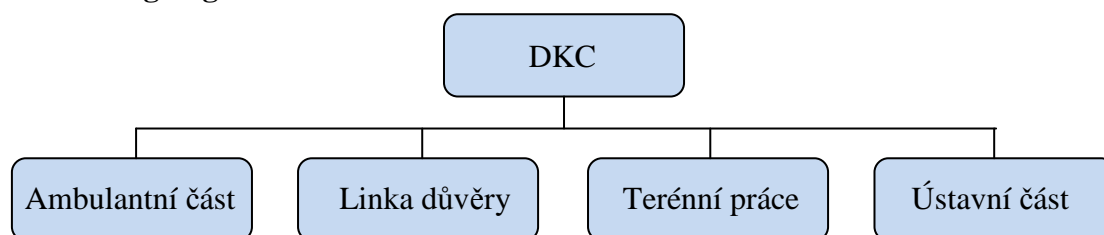
¹¹DUNOVSKÝ, J. *Týrání, zneužívané a zanedbávané dítě a dětské krizové centrum*. ČLČ 11,1995, s.332-335

¹²PÖTHE, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 165-170

V rámci preventivní činnosti se také dostávají pracovníci DKC velmi často mimo DKC a působí mezi dětmi, dospělými a odborníky. Prolíná se tu činnost DKC s činností vzdělávací, často i pregraduálního charakteru. Spolu s expertní, vyhodnocovací, výzkumnou a monitorovací činností pak přesahuje v této oblasti DKC své základní úkoly v příslušné regionu a nabývá charakteru nadregionálního, popřípadě celorepublikového.¹³

Hlavními pracovišti DKC jsou:

Graf č. 1. Organigram DKC¹⁴



Ambulantní část, která je těžištěm činnosti DKC. Pracuje na uvedených zásadách a na principu „zde a nyní“ za účasti či jen připravenosti všech nejpotřebnějších odborníků „pod jednou střešou“. Je tvořena psychologem, lékařem (není podmínkou), sociálním pracovníkem. Ti přijímají, vyšetřují a starají se dále o děti, které došly do centra po telefonické domluvě nebo byly přijaty okamžitě bez ohlášení. Zde se také nachází vyšetřovací místnost, kde je k dispozici magnetofon, videokamera, fotoaparát a jednosměrné zrcadlo. Pořízení záznamu při vyšetřování je velmi důležitým dokumentem pro další rozbor případu, stanovení diagnózy, pro podrobnější analýzu. Významnou roli zde také hraje spolupráce s policií, která bývá u vyšetření případů spolu s pracovníky DKC.¹⁵

Linka důvěry či horká linka – umožňuje nepřetržitou možnost telefonického styku nejen pro pomoc či radu klientů s centrem, ale i způsob, jak komunikovat s terénem.

¹³ Výzkum právního povědomí a pojetí práva u českých dětí školního věku. České Budějovice: Zdravotně-sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. Výzkumný záměr č. MSM 121100001, ISBN-80-7040-531-7

¹⁴ pořízeno autorkou práce

¹⁵ Pöthe, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 167

Terénní práce – v rámci návštěv rodiny z hlediska diagnostického i terapeutického, ale i v rámci konkrétní spolupráce s orgány péče o rodinu a děti, dětskými lékaři a sestrami, dětskými domovy, kojeneckými ústavy a dalšími zařízeními. Mezi terénní práci také řadíme primární prevenci, to znamená záměrné působení na širokou veřejnost, na rodiče, učitelé a jiné pracovníky pracujícími s dětmi.

Ústavní část je nezbytnou organizační součástí DKC především pro řešení urgentních situací (krize v rodině, útěk dítěte z domova, azylový pobyt).

Dále pro zajištění diagnostických pobytů, kde jednorázová, ale i opakovaná vyšetření v ambulanční části, jsou neúplná a je potřeba delšího sledování dítěte ke stanovení diagnózy. Ústavní část by měla mít tři oddělení: domov pro matky s dítětem či dětmi v krizi, dále „Sociální domov“ – zařízení pro nezletilé těhotné a nezletilé matky s dětmi, které nemají kam jít, a v neposlední řadě azylový a terapeutický domov pro děti ve zvlášť obtížných situacích.

2.1 Historie vývoje dětských krizových center v České republice

Prosinec 1989 znamenal převrat v přístupech k péči o dítě a prosazování základních práv a principů. První a rozhodující pro tuto péči bylo zrušení bariéry pro charitativní, dobrovolné činnosti a možnosti vzniku dobrovolných organizací a jejich práce v nejrůznějších společenských oblastech, především v péči o rodinu a dítě – zde pak s přednostním zaměřením na děti ve zvlášť obtížných situacích.¹⁶

Práce a výzkum se soustřeďovaly kolem metodického střediska SOS dětských vesniček.¹⁷ Na základě jeho zkušeností a zkušeností Kabinetu pro preventivní a sociální pediatrii I. LF Praha poté v roce 1992 vzniklo Dětské krizové centrum (DKC). Stalo se vedle své vlastní práce jistým koordinátorem a poradcem řady nových zařízení a jejich provozu v péči o dítě a rodinu v tísni.

Postupně vyrostla řada zařízení snažících se maximálně postižené děti integrovat do společnosti, postavená na pomoci a podpoře rodině a dítěti (denní, týdenní i dlouhodobé stacionáře většinou na charitativní bázi – např. Arpida v Českých Budějovicích, nebo náboženské – Diakonie v Praze Michli, Hospice, Charity) s jistou koordinací státního výboru pro zdravotně postižené.¹⁷

Při hodnocení činnosti DKC se otevřela znovu závažnost rodiny a jejího vztahu k dětem a naopak. Vznikla tak celá řada zařízení, která se snažila pokrýt jednotlivé problémy celé oblasti dětí a rodin v tísni. Do tohoto úsilí se zapojila i příslušná ministerstva, která by měla tato zařízení akreditovat, pomáhat jim radou, finanční a hmotnou pomocí, inspirovat další jejich činnost a pomáhat koordinovat jejich práci. Rovněž parlament a jeho příslušné instituce se do této činnosti nějakým způsobem zapojují. Nicméně dobře vytvořený vzor, potřebám dětí a rodin odpovídající, funkční systém péče stále schází.

Neujasněné zůstávají vztahy mezi státními a nestátními organizacemi a jejich aktivitami, i když zde většinou státní sféra převažuje a rozhoduje.¹⁸

¹⁶ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 227

¹⁷ Tamtéž, s. 232-235

¹⁸ Výzkum právního povědomí a pojetí práva u českých dětí školního věku. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. Výzkumný záměr č. MSM 121100001, ISBN-80-7040-531-7

Za sledované období od roku 1989 do dnešních dnů se otevřelo mnoho závažných otázek s naléhavou potřebou na ně odpovědět. Jednou z takových otázek je problematika dětí a rodin ve zvlášť složitých situacích. V Praze se uskutečnilo modelové řešení této situace, byť nikoli pod jednou střešou a jednou organizací. Toto modelové řešení vyrostlo na základě činnosti DKC v Praze – Michli. Na něj navázal vznik Linky bezpečí a její přidružené Krizové centrum, Azylový domov pro děti Malina v Praze-Bohnicích (který však ukončil svou činnost, již převzal Azylový domov Na Slupi). Fond ohrožených dětí se věnuje vyhledávání vhodných dětí do osvojení a pěstounské péče, práci v rodinách, pokouší se vytvářet tzv. „domy na půl cesty“. Středisko náhradní rodinné péče vyhledává náhradní rodiny pro tzv. „neumístitelné“ či obtížně umístitelné, sociálně osiřelé a postižené děti a takto vzniklým rodinám poskytuje sociální a psychologický poradenský servis. Dále v této oblasti pracuje celá řada zařízení, věnujících se problematice drog, infekci HIV, AIDS, imigrantům, uprchlíkům, problematice komerčního sexuálního zneužívání. Rovněž mladým matkám a jejich dětem, dále chronicky různě nemocným dětem, např. Svépomocná sdružení rodičů postižených dětí ve všech formách a projevech.¹⁹

¹⁹ Výzkum právního povědomí a pojetí práva u českých dětí školního věku. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. Výzkumný záměr č. MSM 121100001, ISBN-80-7040-531-7

2.2 Dětská krizová centra ve vybraných zemích Evropské unie

Ve všech zemích Evropské unie je součástí jejich legislativního pořádku také Úmluva o právech dítěte, což lze považovat za nejvýznamnější mezinárodněprávní dokument v oblasti týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí.

Představíme zde dva příklady zemí EU, ve kterých již velmi dlouho funguje systém ochrany dětí včetně dětských krizových center - Velkou Británií a Německo.

Velká Británie

Spojené království má komplexní systém péče o děti, podle kterého místní úřady mají povinnosti a odpovědnost vůči dětem v nouzi. To se týká poskytování poradenství a služeb, ubytování a péče o zanedbávané děti a také schopnost zahájit řízení o odebrání dětí z péče rodičů. Kritérium pro toto odebrání je způsobení „značné škody“, které zahrnuje fyzické, sexuální a psychické týrání a zanedbávání dětí. Místní úřady také řídí adopční služby jak pro děti dané k adopci dobrovolně, tak i pro děti dané k adopci nařízením soudu. Základní právní princip ve všech veřejných a soukromých řízeních týkajících se dětí (*Children Act 1989*) je, že péče o dítě je rozhodující a zpoždění jsou v rozporu s blahem dítěte. Místní autority ve spolupráci s rodiči, členy rodiny, pěstouny, popř. osvojiteli se snaží umístit dítě do péče ve lhůtě 40 týdnů. Nicméně zejména starší děti je obtížné umístit do péče a objevuje se opakované umístění.

Britský zákon o dítěti z roku 1989 „*Children Act*“ ustavuje dobrovolnický post nezávislého pozorovatele, který se snaží pomáhat dětem a mladým lidem umístěným do náhradní péče. V Anglii, Walesu a Skotsku navzdory *Children Act* nikdy nebyla povinnost ze zákona hlásit údajné zneužívání dětí na policii. Severní Irsko je výjimkou z tohoto legislativního opomenutí. V roce 2007 Oddělení pro děti, školy a rodiny (DCSF), vytvořilo funkci místního pověřence (Local Authority Designated Officer – LADO), kterému má být hlášeno údajné zneužívání. Tento pověřenec má působit jako nezávislé „oči a uši“ a posoudit situaci před kontaktováním jiných organizací. Nicméně zde stále není žádná zákonná povinnost hlásit údajné zneužívání této osobě a ani žádné sankce za nenahlášení.²⁰

²⁰ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 39, http://en.wikipedia.org/wiki/Child_protection (17.11.2009)

Vedle státních orgánů působí ve Velké Británii velká řada soukromých organizací, které se zabývají ochranou práv dítěte. Jednou z nejvýznamnějších je nezisková organizace NSPCC, jejímž mottem je: „*Cruelty to children must stop. FULL STOP.*“ (Krutost na dětech se musí zastavit. Úplně zastavit.)²¹ Tato organizace fungující na dobrovolnické bázi provozuje jednak linku důvěry pro děti a mládež, ale také poskytuje řadu sociálních služeb a poradenství (např. v oblasti zneužívání, drog, rodinných problémů apod.) na lokální úrovni ve všech částech Velké Británie.

Německo

Německo je součástí globálních úmluv, které chrání práva dětí, přesto je Německo raději interpretuje z hlediska evropských dohod, zejména Evropské úmluvy o lidských právech, a zároveň v souladu s německou ústavou. Německo má rozsáhlý systém sociální péče, který slouží všem německým občanům a osobám s trvalým pobytem, méně již novým přistěhovalcům. Vyskytují se tak problémy zejména s dětmi přistěhovalců. Samozřejmostí jsou zákony proti pohlavnímu zneužívání dětí a obchodování s dětmi. Soudní systém pro mladistvé se začal rozvíjet již v roce 1920, ale v poslední době se hodně inspiruje v USA, zejména pokud jde o zneužívání dětí.

Zákon o sociálním zabezpečení poskytuje všem mladým lidem právo získat pomoc pro svůj rozvoj a právo na vzdělání, které z mladého člověka udělá odpovědného člena komunity. K zajištění těchto práv se využívá různý forem pomoci poskytované dětem, mladistvým ve věku do 18 let a rodičům těchto příjemců. Důležitým aspektem sociální pomoci dětem je překonat nevýhody, které mohou vyplynout z různých okolností, jako je chudoba nebo nedostatek integrace do společnosti. Dalším důležitým úkolem je ochrana dětí před nebezpečnými vlivy. K tomu poradenství, umístění v centrech denní péče, náhradní rodičovství, některé druhy lékařské pomoci apod.²²

Sociální pomoc dětem a mladým lidem je poskytována především prostřednictvím obecních a státních úřadů. Existuje však i spolupráce mezi veřejným a soukromým sektorem. Mnoho organizací, které pomáhají dětem, jsou soukromé dobrovolnické organizace nebo jsou sponzorovány náboženskými komunitami.

²¹ <http://www.nspcc.org.uk> (17.11.2009)

²² <http://www.loc.gov/law/help/child-rights/germany.php> (17.11.2000)

Mezi tyto nestátní organizace patří např. SOS Kinderdorf (SOS Dětské vesničky)²³, které fungují na stejném principu jako české SOS vesničky, tedy pomáhají zanedbávaným a osamoceným dětem. Dalším příkladem nestátní neziskové organizace, která v Německu pomáhá dětem (a nejen těm zanedbávaným) je Deutsche Kinder Hilfe²⁴.

²³ DUNOVSKÝ, J. *Proč a pro koho SOS dětské vesničky v Československu*. Praha, Sdružení SOS dětských vesniček 1970 , <http://www.sos-kinderdorf.de/> (17.11.2009)

²⁴ <http://kinderhilfe.de/>(17.11.2009)

2.3 Dětské krizové centrum v systému sociálních služeb

V systému sociálních služeb patří dětské krizové centrum pod **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, *ve znění pozdějších předpisů*, zákon vymezuje formu poskytování služeb, zařízení i jaké služby a za jakých podmínek má poskytovat.

Návrh organizační struktury dětských krizových center v České republice.²⁵

Organizační struktura dětských krizových center pro pomoc dětem a rodinám v tísní by měla odpovídat hlavnímu cíli – vytvořit systém péče a ochrany zaměřený na dítě v tísní. Jednou z hlavních funkcí DKC je proto rozložení dětských center v regionech tak, aby odpovídalo potřebám dětí v jednotlivých územních celcích, počínaje obcemi a republikou konče. Jde v podstatě o tři typy DKC. Města a území bývalých okresů, úroveň kraje, koordinační DKC

V **městech** a na územích bývalých okresů by vzhledem k potřebám a možnostem bylo možné zajistit péči o matku a dítě v nouzi kvalifikovaným jednoduchým týmem dětského lékaře, psychologa a sociální pracovníce. Ti by po příslušné kvalifikaci zajišťovali urgentní pomoc potřebným. Je nezbytné, aby na daném území byl nejméně jeden pracovník, který by celou problematiku ovládal, detekoval, zajišťoval a zprostředkoval diagnostiku i terapii, popřípadě se podílel na zabezpečení komplexnějších služeb a péče

Na úrovni **kraje** (regionu) by v ideální podobě pracovalo dětské krizové centrum tvořené čtyřmi základními pracovišti (viz výše). Podle zaměření a kvalifikace pracovníků – a také potřeb kraje či centra – by DKC zabezpečovalo výzkum problematiky těchto dětí a jejich rodin v nouzi. V případě nutnosti by zde bylo i výukové pracoviště pro studenty různých vyšších škol sociálních nebo vysokých škol.

Koordinační centrum je budováno v hlavním městě, a to jednak pro nejsložitější případy z Prahy a ostatních krajů (regionů) jak z hlediska diagnostického, terapeutického, tak preventivního. Působí výzkumně, expertně, pedagogicky a koordinuje či ovlivňuje postupy a formy péče dětí ve zvlášť obtížných situacích v zemi. Spolupráce s centrálními komunálními orgány je samozřejmostí.

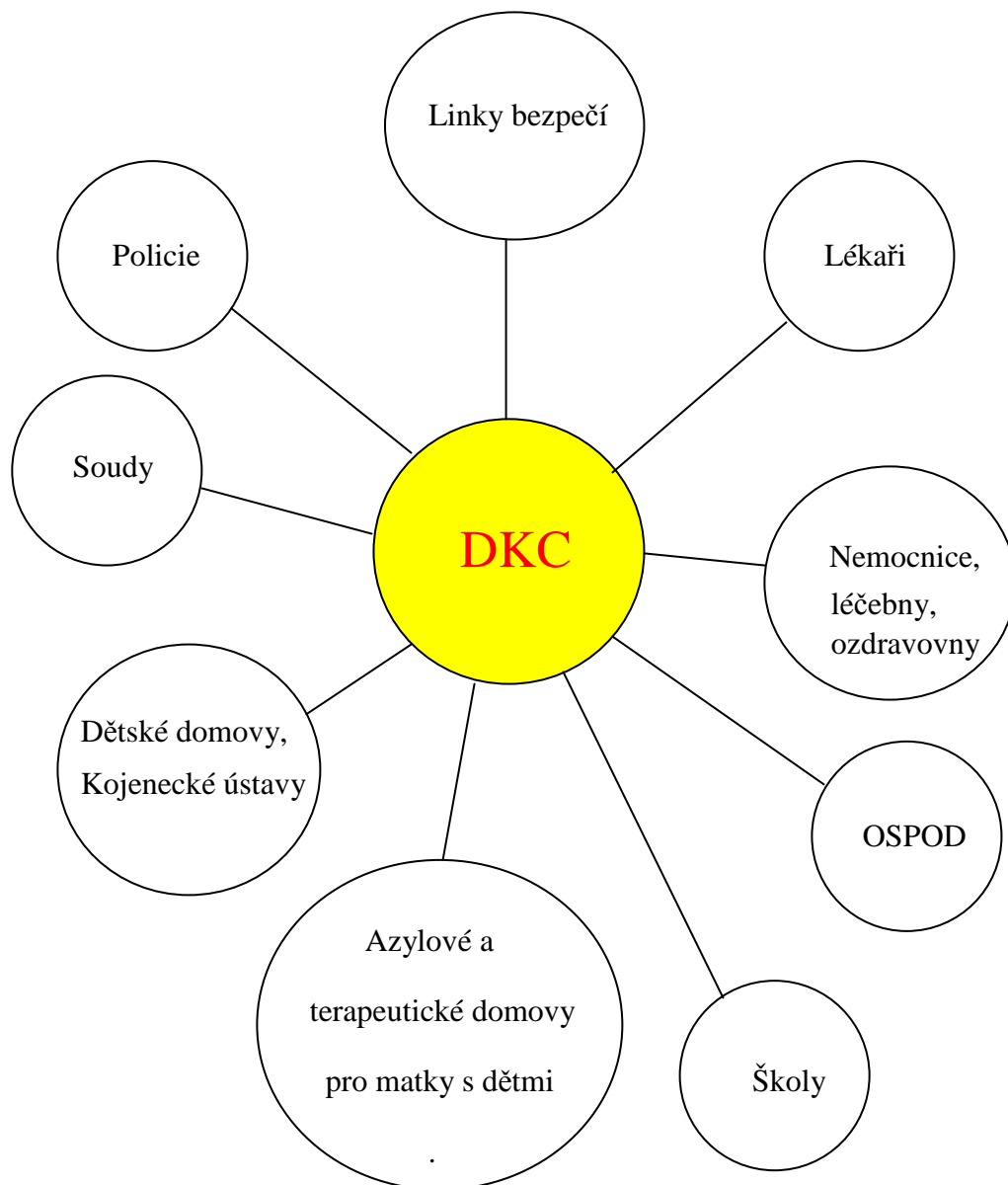
²⁵ Výzkum právního povědomí a pojetí práva u českých dětí školního věku. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. Výzkumný záměr č. MSM 121100001, ISBN-80-7040-531-7

Skutečnost je ovšem taková, že síť spolupracujících středisek pracujících pod jednou centrálou nefunguje. Vznikají u nás střediska pomoci dětem v tísni, ale liší se postupem práce, způsoby práce a někdy také nízkou profesionalizací pracovníků. S tím souvisí nedostatek koordinace této péče. Vytvářejí se bariéry mezi nestátními, dobrovolnými, charitativními organizacemi. Současně také není vyřešena spolupráce státní a nestátní sféry.

2.4 Spolupráce dětských krizových center s ostatními organizacemi

Dětská krizová centra spolupracují s mnoha organizacemi, jejichž snahou je komplexní péče o dítě.

Graf č. 2 Organizace spolupracující s DKC²⁶



²⁶ Pořízeno autorkou práce.

S dětskými krizovými centry spolupracují také linky důvěry, z nichž nejvýznamnější je Linka bezpečí Nadace Naše dítě (trvale v provozu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu s odbornými pracovníky schopnými kvalifikovaně poskytnout pomoc prakticky již pro celou Českou republiku), dále odborné ordinace příslušných lékařů, nemocnice či dětské kliniky. Významná je i spolupráce s vybranými léčebnami či ozdravovkami, které mohou často překlenout další kritické období a poskytnout dítěti neutrální prostředí a „oddych“ od těžkých stresových situací a napomoci tak jejich řešení. Nikoliv nevýznamnými, avšak v praxi DKC spíše vzácně spolupracujícími zařízeními, jsou dětské domovy, kojenecké ústavy či některé z forem náhradní rodinné péče.²⁷

Dalšími spolupracujícími organizacemi zejména v oblasti ústavní části DKC mohou být domovy pro matky s dítětem či dětmi v krizi, které jsou určeny pro případy, způsobené rozpadem manželství, násilím vůči matce či dětem, sociální i ekonomickou nouzí apod., dále zařízení pro nezletilé těhotné a nezletilé matky s dětmi, které nemají kam jít a ani nikoho, kdo by se o ně postaral. V neposlední řadě jsou to azylové a terapeutické domovy pro děti ve zvlášť obtížných situacích. Jde o poskytnutí krizového azylu (nalezené děti, děti na útěku)²⁸ a také o terapii, není-li ji možné zajistit jinde a jinak. Zásadně by zde neměly být dlouho a co nejdříve by se pro ně mělo najít relativně trvalé umístění. DKC dále spolupracuje, řadíme sociální pracovníky OSPOD, soudy, policii, školy.

²⁷ PÖTHER, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 167

²⁸ Tamtéž, s. 167

2.5 Legislativa

„Povinnost státu chránit děti před tělesným, psychickým a sexuální násilím, chránit jejich zdravý vývoj a právem chráněné zájmy vyplývá pro Českou republiku z řady norem ústavního a mezinárodního charakteru.“²⁹

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod je vyhlášena jako součást ústavního pořádku České republiky. Listina základních práv a svobod uznává neporušitelnost přirozených práv člověka, práv občana a svrchovanosti zákona.

Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte. Tento mezinárodní právní dokument je pro státy, které ho přijaly, závazný. Úmluva byla přijata 20. listopadu 1989 Valným shromážděním OSN v New Yorku. Česká republika úmluvu ratifikovala 7. ledna 1991, v platnost vstoupila 6. února 1991. Úmluva je součástí Sbírky zákonů ČR. Úmluva o právech dítěte je souborem standardů a závazků, které práva dítěte považují ve spravedlivé, rovnoprávné a mírumilovné společnosti za zásadní. Podává přehled základních lidských práv pro děti kdekoliv a kdykoliv – právo na přežití, na optimální rozvoj, na ochranu před nebezpečím, zneužíváním a využíváním, dále právo na plnohodnotný rodinný, společenský a kulturní život. Úmluva zajišťuje dětem standardy ve zdravotnické péči, vzdělání a zároveň pomoc právních, občanských a sociálních služeb. Jejím ústředním pojmem je blaho dítěte.

Mezi významné dokumenty v oblasti péče o děti dále řadíme zejména Všeobecnou deklaraci lidských práv, Úmluvu o občanskoprávních aspektech mezinárodních únosů dětí, Úmluvu o ochraně dětí a spolupráci při mezinárodním osvojení, Evropskou sociální chartu a Evropskou úmluvu o osvojení dětí.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,

v §2 definuje základní zásady, v §33 vymezuje formy poskytování sociálních služeb, v §34 definuje zařízení, která poskytují sociální služby nejenom dětem. K těmto zařízením patří např.: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče.

²⁹ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003. s. 28.

V §35 definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Jsou to: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.³⁰

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, je významnou právní normou ve vztahu k problematice syndromu CAN především ve své druhé části, která vymezuje rodičovskou zodpovědnost, zabývá se jejím pozastavením, omezením či zbavením. Dále je v § 43 tohoto zákona stanoveno, že vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte, může soud, neučinil-li tak orgán sociálně-právní ochrany dětí, učinit výchovná opatření, mezi která patří napomenutí, stanovení dohledu nebo uložení omezení. Přímo se zde říká, že dopustil-li se rodič úmyslného trestného činu proti svému dítěti, soud vždy posoudí, zda tu nejsou důvody pro zahájení řízení o zbavení rodičovské zodpovědnosti.

V § 46 je stanoveno, že jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit, může soud nařídit ústavní výchovu. Jestliže je to v zájmu nezletilého nutné, může soud nařídit ústavní výchovu i v případě, že jiná výchovná opatření nepředcházela. Z důležitých důvodů může soud prodloužit ústavní výchovu až na jeden rok po dosažení zletilosti. Nařízení ústavní výchovy u nezletilého dítěte není jediným řešením.

Dle § 45 tohoto zákona může totiž soud svěřit dítě do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, jestliže tato osoba poskytuje záruku jeho řádné výchovy a se svěřením souhlasí. Při výběru vhodné osoby dá soud přednost zpravidla příbuznému dítěte.

³⁰ §35 Zákon č.108/2006 Sb. O sociálních službách v znění pozdějších předpisů

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, *ve znění pozdějších předpisů* je procesním předpisem upravujícím vedení občanskoprávní řízení. Je významnou právní normou v problematice ve vztahu k dítěti především v § 76 a), který se týká předběžného opatření dítěte. Ocitlo-li se dítě bez jakékoliv péče, nebo je jeho život či vývoj nepříznivě ohrožen, dává předseda senátu předběžné opatření, aby bylo dítě na dobu nezbytně nutnou umístěno ve vhodném prostředí, které v usnesení oznámí. Vhodným prostředím se rozumí osoba nebo zařízení způsobilé zajistit nezletilému dítěti řádnou péči s ohledem na jeho fyzický, duševní i rozumový stav.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, *ve znění pozdějších předpisů*,

v § 1 definuje sociálně-právní ochranu dětí jako ochranu práva dítěte na jeho příznivý vývoj a řádnou výchovu ochranu oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění, působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Zákon definuje právo na identitu dítěte, svobodu myšlení, svědomí a náboženství, na vzdělání, zaměstnání, zahrnuje také ochranu dítěte před jakýmkoliv tělesným či duševním násilím, zanedbáváním, zneužíváním nebo vykořisťováním. Sociálně-právní ochrana se poskytuje bezplatně dětem mladším 18 let. Zákon zakotvuje v §5, že předním hlediskem sociálně právní ochrany je zájem o blaho dítěte. Hovoří se zde o tom, že zájem dítěte nelze nikdy podřadit zájmům jiným, jako jsou např. zájmy rodičů, rodiny či jiných osob. V §6 se sociálně-právní ochrana zaměřuje na děti, jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti, děti, na kterých byl spáchán závažný trestný čin, anebo děti, které vzhledem ke svému jednání nebo chování zvýšenou ochranu a pomoc potřebují.

Zákon dále zajišťuje dítěti právo dle §8 obracet se na příslušné orgány bez vědomí svých zákonných zástupců a vyjadřovat se ke svým záležitostem při jejich projednávání.

V §7 zakotvuje oprávnění každého upozornit na skutečnost, že došlo k zneužití rodičovské zodpovědnosti, či na situace, které děti ohrožují nebo narušují. Účelem celého zákona je chránit děti, kterým je jakýmkoliv způsobem ubližováno nebo nejsou dodržována a chráněna jejich práva.

Zákon uvádí též možnost využít služeb zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc dětem, které se ocitly bez jakékoliv péče, nebo je vážně ohrožen jejich život či příznivý vývoj, anebo jde-li o děti týrané nebo zneužívané, anebo o děti, jejichž základní práva jsou závažným způsobem ohrožena.

S tímto je spjat institut předběžného opatření podle § 76a) občanského soudního řádu, kdy je v těchto případech obecní úřad obce s rozšířenou působností povinen podat návrh o předání dítěte do péče jiné osoby či instituce. Předseda senátu pak je povinen usnesením do 24 hodin o tomto rozhodnout. V zákoně je též upraven výkon komise pro sociálně-právní ochranu dětí, která koordinuje výkon sociálně-právní ochrany dětí na území správního obvodu obce s rozšířenou působností. V rámci této komise bylo doporučeno pořádat tzv. případové konference, na nichž se projednávají a hodnotí za přítomnosti odborníků ze zúčastněných oborů případy týraných, zneužívaných či zanedbávaných dětí. Díky tomuto zákonu došlo k významnému prolomení povinné mlčenlivosti zdravotníků ve vztahu k týraným, zneužívaným a zanedbávaným dětem, neboť se již nelze dovolávat povinnosti zachovávat mlčenlivost, vyplývající ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a to právě v případě, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj. Je zde též zakotvena povinnost zdravotnického zařízení zajistit vyplnění záznamu úrazu dítěte při podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání, který následně zašle úřadu obce s rozšířenou působností.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 91/1998 Sb., novela zákona o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Souhrn

Seznámili jsme se s dětským krizovým centrem, principy jeho práce, s rozdělením pracovišť na ambulantní, ústavní část, linky důvěry, terénní činnost. DKC poskytuje služby v oblasti diagnostické, terapeutické, rehabilitační a posudkové. Základ interdisciplinárního týmu tvoří psycholog, sociální pracovník a lékař. Kapitola prezentuje vývoj DKC v České republice. Přiblížili jsme systém DKC ve Velké Británii a Německu. Popisujeme dětské krizové centrum v systému sociálních služeb, spolupráci s jinými organizacemi a legislativu.

3 OHROŽENÉ DÍTĚ

Ohrožené děti jsou děti, jejichž individuální rozvoj i jejich začlenění do společnosti je z vnitřních či vnějších příčin ohroženo. Rozlišujeme dvě skupiny ohrožených dětí. Do první skupiny patří děti zdravotně znevýhodněné – handicapované fyzicky, psychicky i sociálně. Do druhé skupiny řadíme děti poškozované, týrané a zanedbávané.

Děti zdravotně znevýhodněné. Úmluva o právech dítěte (čl. 32) zdůrazňuje právo dětí zdravotně znevýhodněných na zvláštní péči, vzdělání a výcvik, který by jim umožnil začlenění do života společnosti. Stát zřizuje zařízení pro děti se speciálními edukačními potřebami – fyzickými, psychickými, mravními. V této oblasti také působí řada charitativních organizací.

Děti poškozované, jedná se o děti týrané fyzicky i psychicky, zneužívané a zanedbávané. Mezi ohrožené děti patří také děti při rozpadu manželství. Při rozvodu je dítě poškozováno nejrůznějšími formami rozpadu rodiny, rozchodem rodičů, jejich rozvodem, a to bez ohledu na věk, ve kterém se nachází.

Faktory a situace, které ohrožují zdravý psychosociální vývoj dítěte a které jsou spojeny s rozpadem rodiny, můžeme rozdělit do tří hlavních skupin. Za prvé to je zanedbávání způsobené hádkami rodičů, jejich psychickou nestabilitou a vzájemným obviňováním se a děláním si naschválů. Za druhé je to týrání, kdy hlavním smyslem je fyzické týrání, jedná se někdy i o vědomou formu, kdy rodič chce psychicky zranit partnera, který je na dítěti závislý. Za třetí je to zneužívání – manipulování. Dítě je zneužíváno rodiči pro jejich okamžitý či jednorázový prospěch. Na dítě je často vytvářen psychický nátlak, je nuceno ke lhaní, k přetvařování.³¹

³¹ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 39.

3.1 Příčiny vzniku CAN

Na počátku 70. let 20. století byly v USA vypracovány první studie, které měly přispět k vysvětlení mechanismu vzniku týrání. Snahou bylo identifikovat určité rizikové faktory související s výskytem týrání v rodině. Z výzkumu vyplynulo, že vnější (prostředí) a vnitřní faktory se navzájem podmiňují.³²

Integrativní model týrání – vymezuje základní souvislosti vzájemného působení jednotlivých rizikových faktorů týrání. Podle tohoto modelu lze rozdělit působení rizikových faktorů na jednotlivce na ontogenetický vývoj a interakce rodič-dítě, mikrosystém rodiny, exosystém a makrosystém.

Ontogenetický vývoj, interakce rodič-dítě: Je prokázáno, že se zde vyskytují biologické faktory, které vedou více k ohrožení týráním - nízká porodní váha, nedonošenost, vrozené nebo získané tělesné či mentální vady. V nebezpečí jsou také děti bezmocné, závislé a slabší. Tyto děti mohou trpět nějakým skutečným nebo relativním handicapem. V souvislosti s týráním a zanedbáváním dítěte je zapotřebí uvést děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, kdy postižení není viditelné, porucha se projevuje především změnami v chování dítěte. Dále se může jednat o děti nechtěné a děti v náhradní rodinné péči.

Mikrosystém rodiny zahrnuje např. ekonomický a sociální statut rodiny, strukturu rodiny, výchovné styly v rodině – je sledována funkčnost vztahu mezi členy rodiny, mezigenerační přenos násilí.

Exosystém týrání je možný důsledek interakce mezi manželi, mezi rodičem a dítětem, mezi dítětem, prostředím a společností (přátelé, nedostatek sociálních kontaktů, církevní společenství). Vyskytuje se v každé společenské či ekonomické vrstvě

Makrosystém – součástí makrosystému jsou kulturní a duchovní hodnoty celé společnosti projevující se v celkovém postavení dítěte ve společnosti, čemuž odpovídá legislativní rámec vytvořený pro ochranu dětí. Projevuje se zde také vliv médií – každodenní prezentací násilí, se snižují schopnosti soucitu s obětí, což vede k možnému týrání dítěte.

³² ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 62-64, rovněž PÖTHE se přiklání k uvedeným faktorům

Rizikové skupiny vzhledem k syndromu CAN

K ohroženým skupinám z hlediska CAN patří děti, jejichž projevy jsou z různých důvodů pro jejich sociální okolí nesrozumitelné, takže je obtížné je výchovně zvládat, a dále děti, které svým chováním vychovatele unavují, vyčerpávají, dráždí, popřípadě provokují a svádějí. Obecně jsou nejohroženějšími skupinami děti mladších věkových skupin, děti citově deprimované a děti fyzicky či psychicky handicapované.

Za rizikové děti - potenciální oběti týrání, zneužívání a zanedbávání lze proto považovat³³ děti s ADHD/ADD (porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou / porucha pozornosti), neklidné, nesoustředěné, náladové, impulzivní nebo děti z jiných příčin nadměrně dráždivé, zlostné, trucovité nebo plačtivé a úzkostné. Děti se špatným prospěchem ve škole, neobratné, nešikovné, neprospívající, nehezké, nesplňují rodičovské očekávání. Děti nevlastní, děti neaktivní, utlumené, uzavřené, které nedokážou vzbudit ani udržovat zájem dospělého v náležité intenzitě (zvláště v případech zanedbávání). Děti rodičů mladých, nezralých, kteří nemají schopnosti k rodičovské roli, také sem patří rodiče s nízkou sociokulturní úrovní. V případě sexuálního zneužívání sem řadíme dívky výrazných ženských tvarů, koketní. Děti z rodiny dysfunkční nebo doplněné, kde partner si nevytvořil rodičovský vztah a sexuální tabu, mnohdy je chyba i matky, která v rámci udržení partnera toleruje zneužívání dětí. Patří zde rodiče alkoholici a závislí na jiných návykových látkách. **Mezi rizikové dospělé u fyzického týrání řadíme** osoby psychopatické s anomálním vývojem osobnosti. Neuroticky, kde se běžná frustrace mění v agresi. Alkoholiky a drogově závislé, mladistvé rodiče, lidi ve dlouhodobé stresové zátěži.³⁴

U pohlavního zneužívání jsou riziková dospělá primární vychovatelé, osoby blízké rodině i mimo ni. Jedná se nejčastěji o muže trpící sexuálními úchytkami, pedofilii, sadismem.³⁵

Mezi potenciální pachatele můžeme řadit osoby, které byly v dětství sami oběťmi týrání či zneužívání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje **rizikové faktory** týrání a zneužívání v jednotlivých oblastech životního pole dítěte z globálního pohledu:

Dítě: *pohlaví, předčasná vyspělost, nechtěné dítě, tělesně postižené dítě;*

³³ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén 1994, s. 17

³⁴ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 66

³⁵ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s.71-82

Rodiče: *nízký věk, osamělý vychovávající rodič, nechtěné těhotenství, nedostatečné výchovné rodičovské kompetence, osobní zkušenost s týráním v dětství, drogová závislost, nedostatečná předporodní péče, fyzická nebo psychická nemoc, problémy v partnerském vztahu;*

Rodina: *velikost rodiny, nízký socioekonomický status, společenská izolace, vysoký stupeň stresu, násilí nebo zneužívání v rodině v minulosti;*

Komunita/společnost: *neexistence nebo nerespektování dětských práv, neuznávání hodnoty dítěte (diskriminace podle pohlaví, děti menšinových skupin obyvatel, postižené), sociální nerovnost, organizované násilí (vátky, vysoká kriminalita, akceptace násilí ze strany společnosti, násilí prezentované v médiích, kulturní normy dané společností)³⁶*

Efektivita prevence CAN se zvyšuje tehdy, je-li zacílena na všechny úrovně rizikových faktorů současně.

³⁶ Definice WHO z roku 1992

3.2 Formy syndromu CAN a CSA

Syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte byl poprvé popsán na třetí Evropské konferenci pro prevenci týrání v Praze roku 1991. Na základě této konference Zdravotní komise Rady Evropy definovala stěžejní pojmy: Syndrom CAN a CSA.³⁷

Syndrom CSA (Child Sexual Abuse) syndrom sexuálně zneužitého dítěte. Vyznačuje se nízkou sebeúctou, poruchou spánku, strachem, depresí, delikvencí, sexuální dysfunkcí a zneužíváním jiných.³⁸

Syndrom CAN rozlišuje pojmy:

- a) zanedbávání
- b) týrání
- c) sexuální zneužívání.

A) ZANEDBÁVÁNÍ

„Zanedbávání se vyznačuje jako nedostatek péče, který způsobuje vážnou újmu vývoji dítěte anebo ohrožuje dítě samé“ (podle definice Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992).

Tělesné zanedbávání spočívá v selhání při zabezpečení tělesných potřeb dítěte (tj. výživy, oblečení, přístřeší, výchova, dohled, zdravotní péče a ochrany před ohrožením, školní vzdělání).

Citové zanedbávání se vyznačuje selháním v zabezpečení citových potřeb dítěte v oblasti lásky a smyslu příslušnosti.

Zanedbávání výchovy a vzdělání se vyznačuje selháním v zabezpečení plných možností vzdělání dítěte, tj. vytrvalé absence ve škole, dětská práce v domácím prostředí i mimo něj. Krajním případem zanedbávání je izolace dítěte od lidské společnosti.

³⁷ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 20

³⁸ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 23.

Zanedbávání v oblasti zdravotní péče v případech, kdy dítě potřebuje tuto péči, či v případech, kdy je opomíjena základní preventivní zdravotní péče a taktéž nedostatečný dohled přiměřený věku dítěte, projevující se zvýšeným počtem úrazů dítěte, kterým bylo možno zabránit.

Činitele přispívající k zanedbání dítěte v rodině dělíme na vnější a vnitřní:

Vnější činitele: složení rodiny, ekonomická úroveň, kulturní úroveň a celkové postavení rodiny. K ohrožení vývojových podmínek dochází většinou v situacích, kdy schází lidé, kteří o dítě pečují. Například když dojde k úmrtí matky a dítě je v péči jen otce, či dojde k úmrtí obou rodičů a dítě je v pěstounské nebo ústavní péči. U porozvodových stavů, kdy je dítě svěřeno jen do péče jednoho rodiče nebo i nepřítomnost otce může být deprivacním činitelem. Nízká ekonomická úroveň nám ukazuje na nevhodné bydlení, nedostatek hygieny, hmotný nedostatek, bohužel se tato situace často kombinuje s alkoholismem rodičů, drogovou závislostí či promiskuitou. V poslední době se však také musíme podívat na druhou stránku, tedy velmi dobré socioekonomické postavení rodiny. Zde není hmotná nouze, avšak nastává situace, kdy rodiče zajistí dítě materiálně, ale po citové stránce dítě trádá. Jedná se nejčastěji o děti podnikatelů a workoholiků. Můžeme do této skupiny také zařadit děti emigrantů, kteří žijí v nuzných podmínkách utečenských táborů, bez vlastního kulturního zázemí, v nejistotě. Tyto děti mnohdy bývají pro rodiče přítěží³⁹

Vnitřní činitele: citová nezralost a povahová nevyspělost matky, otce nebo obou související s jejich mladistvým věkem. Duševní poruchy, duševní nemoci a mentální retardace rodičů, vážné smyslové poruchy rodičů, pohybová invalidita rodičů. Zvláštní životní postoje, praktiky a zásady příslušníků náboženských sekt nebo společenských skupin žijících na okraji společnosti. V souvislosti se zanedbáváním dítěte si všímáme vnějších projevů. Je si však potřeba uvědomit, že uvedené projevy se mohou objevovat i v rodinách bez zjevných sociálních problémů⁴⁰.

Při posuzování stupně zanedbávání vycházíme z těchto kategorií – všeobecné zanedbávání, těžké zanedbávání.

Všeobecné zanedbávání se týká odpovídajícího jídla, oblečení, lékařské péče, kontaktu s vrstevníky a lidmi. Také sem patří nedostatečná ochrana před nebezpečím úrazu a sociálně patologickými jevy, jako je alkoholismus, kriminalita a toxikomanie.

³⁹ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 87-95

⁴⁰ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 24-25

Těžké zanedbávání (výživy, zdravotní péče a psychického vývoje) se vyznačuje přítomností dětí v situacích, které bezprostředně ohrožují zdraví či život dítěte – např. děti žijící nedobrovolně izolovaně, ve společnosti zvířat, apod.

Mezi charakteristické projevy zanedbávání patří – nevhodné oblečení dítěte, které není adekvátní pro dané roční období, příliš malé nebo příliš velké, které působí dítěti nepohodlí. Únava a ospalost dítěte mimo běžnou denní dobu, nedostatečná osobní hygiena, včetně hygieny dentální, neurotické návyky s asociálním a destruktivním chováním dítěte. Poruchy řeči a příjmu potravy, podávání jídla bez odpovídající nutriční hodnoty, dítě nezná ovoce a zeleninu, dožaduje se pouze jednoho druhu jídla, nezná teplé pokrmy, nemá návyky pro konzumaci určitého druhu potravin. Zdravotně závadné podmínky v domácnosti s dítětem (odpadky, exkrementy, nedostatečné vytápění, tma, plíseň, nevyhovující místo na spaní, špinavé, chladné, nebo neexistující lužko). Nedostatek patřičné lékařské péče, poruchy růstu, vývoje, retardace a nerovnoměrný psychomotorický vývoj dítěte. Nedostatečný dohled nad dítětem se zanedbáním prevence před úrazy, situace, kdy dítě přejímá zodpovědnost za péči o své sourozence a další děti. Ponechávání dítěte v domácnosti bez dozoru dospělého, pobyt na ulici v neobvyklých hodinách, ponechání kojence po nepřiměřeně dlouhou dobu v uzavřeném prostoru např. automobilu a nevyzvednutí dítěte po zavírací době z kolektivního zařízení.⁴¹ Nedostatečná kultivovanost chování, nedostatečné sociální dovednosti či sociálně-patologické chování, přehlížení kulturních norem, citová plachost, lhostejnost, obdiv k radikálním politickým a náboženských hnutím.

Následky zanedbávání

Mezi hlavní důsledky zanedbávání patří narušení psychického a tělesného vývoje projevující se opožděným vývojem v oblasti řeči a sociálního chování. U těžších forem jsou to poruchy tělesného vývoje např. poruchy růstu. Poruchy v citové oblasti, kde je výrazná složka zanedbávání citových potřeb. Narušení vývoje osobnosti, kde je výrazná složka zanedbávání psychických potřeb.

⁴¹ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 21.

B) TÝRÁNÍ

Týrání dělíme na fyzické a psychické. Fyzické týrání dělíme dle povahy na aktivní a pasivní.

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“ (definice podle Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992).

Tělesné týrání rozdělujeme podle povahy na aktivní a pasivní.⁴² **Aktivní tělesné týrání** zahrnuje všechny akty násilí na dítěti, při kterých dochází k tělesnému zranění dítěte, k jeho trvalému postižení nebo dokonce k jeho usmrcení. Přiřazujeme zde také záměrné opomenutí v péči o dítě vyústující v poranění či smrt. K této formě týrání se také řadí pravidelné tělesné trestání dítěte užívané jako převažující výchovný prostředek. Při aktivním tělesném týrání dochází ke zraněním, postižením orgánů či jejich funkce, tato poranění mohou být jak na první pohled zjevná (otevřená), nebo skrytá (zavřená). Pro zjevná poranění je charakteristické, že dochází k porušení celistvosti kůže, ke ztrátě krve a také tělesných tekutin (např. rány na hlavě, hrudníku, popáleniny). Skrytá poranění pak vznikají při působení tupého násilí, a to poškození tkání a orgánů, která jsou zpravidla bez porušení kůže (např. pohmoždění, poranění svalů, kostí, hlavy, míchy, nitrobřišních orgánů aj.). Za aktivní formy fyzické týrání je považováno nepřiměřené bití rukou, jako jsou facky a pohlavky, bití různými nástroji, většinou běžně dosažitelnými v domácnosti, což je např. vařečka, řemen, hadice, kopání do dítěte, údery pěstí, při tomto násilí často dochází k poranění vnitřních orgánů, způsobení bodných, režných a sečných ran různými nástroji, také se většinou jedná o nástroje běžně v domácnosti dosažitelné, jako jsou nůž, nůžky, jehla. Odpírání spánku nebo potravy, vytrhávání vlasů, často v celých chomáčích (možná záměna s onemocněním provázejícím vypadávání vlasů – alopecii), nepřiměřené tahání za ušní boltce, způsobující trhliny, kousání dítěte. Odmrštění, odhození dítěte, kdy často dochází k úderu dítěte o různý nábytek, stěnu nebo podlahu, svazování a připoutání dítěte,

⁴² DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 41-61.

mezi způsobená zranění patří stopy od provazu či kabelu, které jsou patrné především na zápěstí a v okolí kotníku.⁴³

Způsobování popálenin, kam patří popálení dítěte přiložením žhavého předmětu na kůži, nejčastěji cigaretou, ale také popáleniny od kamen, kulmy, grilu. Řadíme zde i drobné popáleniny vzniklé třením, když je například dítě vlečeno po koberci, popáleniny úst od násilím podané horké potravy, popáleniny od vroucí vody, kdy větší děti bývají horkou vodou většinou polity a menší spíše do horké vody ponořeny.

Škrceň, charakteristickým zraněním stopy po provazu na krku (tzv. strangulační rýha) a patrné stopy po prstech, dušení, silné třesení, zejména u malých dětí způsobuje poškození mozku, může způsobit smrt nebo trvalé neurotické potíže, a to od poruch učení až k závažným poruchám.

Poranění střelná, otravy jedy a chemikáliemi a také podávání alkoholu a drog.

Pasivní formy fyzického týrání představují nedostatečné uspokojení alespoň nejdůležitějších tělesných potřeb dětí v návaznosti na jejich potřeby psychické i sociální. Jde o úmyslné, ale také neúmyslné nepečování o dítě. Jedná se také o opomenutí v péči o dítě či nepochopení rodičovské role. Takto týrané dítě se vyznačuje nedostatečným rozvojem v mnoha oblastech, nejvážnějším důsledkem je zpustnutí dítěte v krajním případě pak jeho smrt. Za pasivní fyzické týrání je považována⁴⁴ porucha v prospívání dítěte neorganického původu, jde o poruchy vzniklé z nedostatečné výživy jak po stránce kvantitativní, tak i kvalitativní, projevující se výraznou podváhou, nedostatky důležitých vitamínů především skupiny D, C a B, nejtěžšími případy jsou pak zastavení růstu dítěte.

Nedostatek zdravotní péče – jedná se o vědomé odmítání preventivní a léčebné péče. Nevědomé odmítání zdravotní péče, zvláště v kritických situacích vzniká spíše z nepochopení a neporozumění vážnosti zdravotního stavu dítěte a ohrožení jeho života. Do této skupiny patří i případy, kdy dospělí způsobí dítěti nějakou újmu, bojí se následků, doufají ve spontánní uzdravení dítěte, a tím mu prakticky odírají první pomoc. Řadíme zde i případy, kdy rodiče nezabezpečují dítěti kvalitní hygienickou péči.

Nedostatky ve výchově a vzdělání – jedno z významných práv dítěte je právo na vzdělání. Jednou z nejvážnějších poruch je negramotnost dítěte. Ve výchově se nedostatky projevují

⁴³ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s.41-64

⁴⁴ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 59-64.

zanedbaností dítěte, v širším pojetí se nedostatky projevují v nerozvinutí mentální kapacity dítěte a to nedostatečnou motivací a učení. Vzdělanostní úroveň dítěte pak neodpovídá jeho možnostem.

Nedostatek přístřeší, ošacení a ochrany, nezabezpečení domova a vhodných životních podmínek patří k ohrožujícím vlivům na zdraví a život dítěte děti takto postižené jsou ty, jenž bezprostředně trpí chudobou svých rodičů, děti bez domova, které o něj přišly z příčin objektivních (přírodní katastrofa, válka, emigrace, úmrtí apod.) nebo subjektivních (útěk, izolace aj.), vykořisťování dětí, jde o nucení dětí k žebrání a využívání dětské práce.

Následky tělesného týrání

Zafixovaná zkušenost s ponižujícím statusem týraného dítěte vede ke vzniku nízkého sebehodnocení, slabé sebedůvěry a nedostatečné sebeúcty. Oběti mívají v dospělosti pocit vlastní bezvýznamnosti, spojený s ochotou akceptovat horší role i nespravedlivě nízké ocenění. Zkušenost s týráním vede ke ztrátě schopnosti přiměřené sociální orientace a z toho vyplývají potíže v mezilidských vztazích. Otřesení důvěry v lidi se projeví podezřívavostí a negativním očekáváním, které mohou vést k projevům chování odchylovajících se od normy, např. k tendenci izolovat se od lidí, případně k natolik submisivnímu jednání, že okolí bude v pokušení jednat s takovýmito jedinci opět ponižujícím způsobem, a tím jim bude potvrzovat jejich představy o vlastní méněcennosti.⁴⁵ Jindy zkušenost týrání vyvolá potřebu aktivní obrany, která se projeví zvýšenou bezohledností a agresivitou ke světu, jemuž nelze důvěřovat. Sklon k agresivnímu reagování se může přenést do budoucnosti a stane se součástí rodičovské role. Obecně platí, že způsob, jakým rodič dítě vychovává a vztahuje se ke svému dítěti, víceméně odpovídá způsobu, jakým se k němu vztahoval jeho vlastní rodič. Týrané děti se s větší pravděpodobností stávají týrajícími rodiči.

Psychické týrání

„Psychické týrání zahrnuje chování, které má vážný negativní vliv na citový vývoj dítěte a vývoj jeho chování. Může mít formu slovních útoků na sebevědomí dítěte, opakovaného ponižování dítěte, jeho odmítání či zavrhování“ (definice podle zdravotní komise Rady

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání Praha : Portál, 1999, s. 338

Evropy z roku 1992). Psychické týrání v podstatě vždy provází ostatní diagnostické kategorie syndromu CAN, navíc se může vyskytovat samo o sobě.

Psychické týrání je pojem obecně značně nejasný, přesto patří mezi nejrozšířenější druhy týrání, zároveň je nejhůře rozpoznatelné. Psychické týrání obsahuje složku aktivní – patří sem nadávky, ponižování opovrhování, nevšímavost, nezájem o dítě.

Za psychické týrání považujeme slovní útoky na sebevědomí dítěte (jde o nadávky, často vulgární), opakované ponižování dítěte (jedná se o uvádění dítěte do situací, kdy jsou uráženy jeho lidské kvality, dítě je například nuceno vykonávat pro něj ponižující práce či úkony), zavrhování dítěte (dítěti je dáváno najevo, že je pro rodinu či rodiče nedůležitým, nepotřebným, nejsou brány ohledy na jeho přání a potřeby), vystavování dítěte závažným domácím konfliktům (domácí násilí mezi partnery, situace před rozvodové, rozvodové a po rozvodové), násilná izolace dítěte (může se jednat o izolaci od vrstevníků, širší rodiny, sourozenců, rodičů), kontrolování dítěte s cílem vyvolat u něj pocit citového ohrožení (např. výroky typu, „stydím se za tvé chování“, „těmi špatnými známkami mně utrápíš“), dále případy, kdy je okolí rodiny prezentováno jako nepřátelské, dítě je kontrolováno, s kým se stýká, co si myslí, co cítí, v důsledku psychické poruchy rodiče či příslušnosti rodiče k náboženské sektě. Dále za psychické týrání považujeme podřívání sebedůvěry a sebevědomí dítěte opakovaným urážením a podceňováním, kdy je dítěti dáváno najevo, že ničeho nemůže dosáhnout, nic nedokáže udělat, kladení nerealistických nároků na dítě, dítě pak není schopno splnit očekávání rodičů, rodiče jsou neustále nespokojeni se školními, sportovními či jinými výsledky a výkony dítěte a dítě tak nabývá dojem, že pro rodiče nebude nikdy dost dobré. Nedostatečný zájem o dítě z důvodu vysoké zaměstnanosti rodičů, ve vztahu k dítěti rodiče plnění především materiální potřeby dítěte a to, že by dítě strádalo malým zájmem, rodiče ani nepadne.

Dopady psychického týrání se liší v intenzitě, délce týrání a také, na jakém vývojovém stupni rozvoje osobnosti k tomuto jednání dochází.

Následky psychického týrání

Psychické týrání může mít tyto následky⁴⁶ – vznik různých druhů závislostí, poruchy příjmu potravy, deprese, pocity dítěte, že není rodiči milováno. Dítě se neustále podceňuje, je ustrašené, nebo se naopak projevuje velice agresivně – projevy psychicky týraného dítěte mohou být různorodé, často nevyrovnané a proměnlivé a tak často obtížně

⁴⁶ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 21

stanovitelné. Děti mají problémy v mezilidských vztazích, které přetrvávají do dospělého věku a mohou přetrvávat i po celý život.

Potíže se projevují hlavně ve vztahu k lidem, se kterými chce navázat důvěrný vztah, ve vztazích ke kolegům v zaměstnání a ve vztahu k nadřízeným. Dítě pochybuje o správnosti vnímání reality, je pro něj jednodušší obviňovat sama sebe než připustit odpovědnost rodičů za to, co se mu děje. U dětí se projevují tendence stát se obětí psychického týrání v dalších vztazích. Oběti psychického týrání si vybírají partnery, kteří je psychicky týrají anebo naopak aktivně sami psychicky týrají své partnery či děti. Oběti psychického týrání se vzhledem ke sníženému sebevědomí a menší schopnosti sebeprosazení stávají častěji obětí šikany, a to jak ve škole, tak i na pracovišti.

C) SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ

„Sexuální zneužívání je nepatřičné vystavení dítěte pohlavnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv pohlavní dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoliv, komu bylo dítě svěřeno do péče, anebo kýmkoliv, kdo dítě zneužívá“ (definice podle Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992). Zneužívatelem dítěte může být rodič, příbuzný, přítel či pro dítě cizí osoba. Sexuální zneužívání dětí dělíme na zneužití bez tělesného kontaktu (tzv. bezdotykové) a s tělesným kontaktem (tzv. dotykové). Pachateli této formy zneužívání jsou většinou muži, vyskytují se však případy, kdy je pachatelem žena.⁴⁷

Do **bezdotykového sexuálního zneužívání** řadíme exhibicionismus, kdy dospělý ukazuje dítěti své genitálie. Harassment, který představuje znepokojování a zneklidňování dítěte slovními výpady, tisknutím k sobě a poplácáváním po zadku se sexuálním kontextem, obscénní telefonické hovory, přinucení dítěte k obnažení, fotografování a natáčení video nahrávky, k prohlížení si časopisu s pornografií.

Dotykové zneužívání představuje jednání, při kterém je dítě dospělým obtěžováno, líbáno a osaháváno na erotogenních zónách, doprovázeno slovními útoky.

Sexuální útok, kdy se dospělý, často za užití síly dítěte dotýká na jeho erotogenních zónách, mazlí se s ním a poškozují ho tím, že do něj vniká např. prstem, jazykem či předměty.

Znásilnění je vynucené vniknutí do vagíny, konečníku nebo úst dítěte penisem. Infracemurální pohlavní styk, jedná se o styk mezi stehna dítěte.

⁴⁷ ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. Praha: Linde, 2003, s. 22-23

Incest, který je definován jako sexuální aktivita mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek.

Komerční sexuální zneužívání, jež mívá formu dětské pornografie, dětské prostituce a obchodu s dětmi za účelem sexuálního zneužívání. Dětská pornografie je definována jako pořízení obrazové nebo zvukové nahrávky, kde se používá dětí k předvádění sexuálních praktik.

Americký dětský psychiatr R. Summit popsal v roce 1983 **syndrom dětského přizpůsobení pohlavnímu zneužití** a rozdělil jej na pět postupných fází.⁴⁸

Utajování – zneužívané dítě není na možnost obtěžování připraveno a většinou je na zneužívatelem závislé. Ten dítě psychicky „zpracovává“ a to pomocí různých konkrétních tvrzení, která není dítě racionálně zpracovat např. prozradí-li jejich společné tajemství, tak tě nebudou mít rád dítě bude zbito, posláno pryč, že jej budou členové rodiny nenávidět, že se muže dostat do dětského domova, bude zabito apod. Dítě si proto nechává vše pro sebe v domnění, že by se stalo něco zlého, nepatřičného.

Bezmocnost – je pravděpodobnější, že dítě bude obtěžováno dospělým z blízkého okolí než cizím. Bezmocnost je zvětšena svěřením do jeho péče.

Svedení a přizpůsobení sexuální zneužívání pro dítě není jednorázovou záležitostí, jedinou možností je přijetí a podřízení se. Dítě v této situaci prožívá tak silný vnitřní konflikt, jenž muže vyústit v psychopatologii, patologickou závislost, narušení osobnosti nebo sebetrestání. Dítě se samo viní z toho, co se mu stalo, viní se z vyprovokování situace a tím, že se snaží být „hodné“ se snaží získat zpět lásku a přijetí a zcela se podrobuje zneužívatelem. Dochází k rozštěpení morálních hodnot.

Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – oběť si tajemství nechává dlouho pro sebe a pozdější nahlášení pak působí nevěrohodně. Viník je nevinný, dokud mu vina není prokázána a dítě je nezáviděníhodné situaci.

Odvolání výpovědi – vše, co řekne dítě o sexuálním zneužití, pravděpodobně vezme zpět. Má strach ze ztráty rodičů, rodiny, z opožděných výsledků. Následuje připuštění, že si historiku vymyslelo, čin se nedá ověřit.

Podle své závažnosti se sexuální zneužití dělí na velmi závažné formy zneužívání: zahrnující orální styk, kde je oběť nucena být aktivním účastníkem, orální styk, kde je oběť pasivním účastníkem, vaginální a anální styk uskutečněný penisem.⁴⁹

⁴⁸ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 72-74.

Středně závažné formy zneužití: zahrnující hnětení a líbání prsou, vnikaní do vagíny prsty či předměty, pronikání prsty, jazykem nebo prsty do konečníku a vzájemné dotýkání genitáliemi. Nejméně závažné (ve smyslu fyzického a psychického poškození dítěte) formy zneužívání: zahrnují vzájemné svlékání, nepatřičné líbání s pronikáním jazyka do úst, fotografování, sexuální dotyky, laskání genitálií prsty, jazykem, vnucená masturbace. Analýzy studií dokázaly, že sexuální zneužívání v rodině má výrazně častěji povahu velmi závažných forem sexuálního zneužití.

Následky sexuálního zneužívání

Zkušenost sexuálního zneužívání v dětství ovlivní vztah jedince k sexualitě i v dospělosti. Jednou z extrémních reakcí je ztráta sexuálních zábran, která je důsledkem narušení sexuálního tabu v dětství. To nakonec vede k promiskuitě, k sexuální lhostejnosti nebo k prostituci. Opačným důsledkem zneužívání jsou sexuální dysfunkce. Zneužívání je natolik traumatické, že se sexuální aktivita spojuje s velmi nepříjemnými pocity, se studem, ponížením a odporem. Vzácností není odmítání sexu jako takového, někdy vzniká dokonce sexuální fobie. Následkem jsou problémy v partnerských vztazích a přetrvávající sociální izolace. Z toho vyplývá, že u sexuálně zneužitých lidí bývá zvýšené riziko neschopnosti partnerského soužití. Nelze vyloučit ani přenos určitého typu sociálního chování. Oběť sexuálního zneužívání se v budoucnu sama snadněji stává sexuálním agresorem. To se samozřejmě týká především homosexuálně zneužitých chlapců.⁵⁰

ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN

Do skupiny zvláštních forem týrání a zneužívání lze zařadit systémové týrání, organizované zneužívání dětí, rituální zneužívání, sexuální turistiku a Münchausenův syndrom v zastoupení, popř. i šikanu.

Systémové týrání se vyznačuje druhotným ubližováním dítěti, tzv. sekundární viktimizací. Po prvním traumatu následuje druhotné týrání těmi, kteří by měli dítě chránit. Této formy týrání se dopouští systém, který byl založen na pomoc a ochranu dětí. Je tedy způsobena zejména institucemi, jejichž primární posláním je poskytnout pomoc a řešení problému.

⁴⁹ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍKOVÁ, ., HADJ-MOUSSOVÁ, Z.SPILKOVÁ. *Sexuální násilí na dětech*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999, s. 40

⁵⁰ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vydání Praha : Portál,1999, s. 348

Jde např. o zpochybňování výpovědi, opakované vyslychání, nadbytečné lékařské prohlídky.

Organizované zneužívání dětí představuje zejména dětskou prostituci a pornografii v kontextu se sexuální turistikou.

Rituální zneužívání je definováno jako zacházení s dětmi, které se uskutečňuje v souvislosti se symboly, jež mají náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí určitého organizovaného společenství.⁵¹

Sexuální turistika představuje poměrně nový jev, který částečně souvisí se značným zvýšením počtu lidí cestujících služebně nebo provozujících zahraniční turistiku, k němuž došlo ve druhé polovině 20. století.⁵²

Münchausenův syndrom v zastoupení představuje ze strany rodičů vymyšlení a předstírání nejrůznějších příznaků a onemocnění dětí, čímž tak prostřednictvím neustálého vyšetřování a zbytečným léčením své děti poškozují.

Šikanování se zcela neodehrává v rodinách, ale je to v dnešní době spíše záležitost škol, přesto bych ho sem zařadila, protože jde o jistý druh týrání a v ojedinělých případech jsou šikanující jedinci velice agresivní právě vůči sourozencům v rodinách. Jedná se o agresi vůči jedinci slabšímu fyzicky nebo v závislém postavení. Definice šikany podle Říčana⁵³ je: „Šikanování se obvykle definuje jako agrese, které se dopouští jedinec nebo skupina vůči jedinci nebo skupině víceméně bezbranným, ať už pro fyzickou nebo jinou slabost nebo nemožnost účinné obrany. Za charakteristické se považuje opakování agrese vůči téže oběti. Obtíže jsou s určením způsobu a míry agrese, jež rozhoduje o tom, zda lze určité jednání považovat za šikanování. Nejtypičtější je hrubé fyzické násilí nebo ponižující manipulace, jako např. obnažení oběti před skupinou. Oběť však může být také hrozbou násilí donucena sama k jednání, které ji ponižuje nebo jinak traumatizuje.”

⁵¹ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. Sexuální násilí na dětech, Praha: Portál, 1999. s. 89.

⁵² VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. Sexuální násilí na dětech, Praha: Portál, 1999. s. 103.

⁵³ ŘÍČAN, P. Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha: Portál, 1995.

3.3 Prevence syndromu CAN

Prevence ubližování dětem je nebo by měla být přirozenou součástí systému na ochranu dětí v každé společnosti. Zahrnuje několik oblastí, které se dotýkají mentálního a tělesného zdraví dítěte, rodiče, jejich vzájemného vztahu, vztahu rodičů, podmínek v užším a širším společenství a stavu společnosti. Cílem prevence je na těchto úrovních předejít vzniku traumatizace dítěte, zabránit jejímu pokračování a zabránit rozvoji dlouhodobých zdravotních, sociálních a psychologických následků na zdraví dítěte.

Podle těchto tří cílů můžeme prevenci rozdělit na **prevenci primární, sekundární, terciární.**⁵⁴

PRIMÁRNÍ PREVENCE

Dle definice Světové zdravotnické organizace znamená počínat si tak, aby k určitému neblahému společenskému jevu nedocházelo – tedy předejít jeho vzniku, potlačit jej v zárodku, nedat mu příležitost a půdu, v níž by mohl zapustit kořeny. Velkým preventivním cílem celosvětového významu je Úmluva o právech dítěte a Světová deklarace o přežití, ochraně a rozvoji dítěte. Primární prevence je jednak specifická, tj. zaměřená proti rizikům vedoucím ke vzniku poškození a jednak nespecifická, která se zaměřuje na podporu zdravého vývoje dítěte a rodiny. V primární prevenci CAN můžeme rozlišit tři vrstvy:⁵⁵

a) Zaměřené působení na širokou veřejnost jehož cílem osvětové činnosti je celkové povznesení hodnoty dítěte a hodnoty dobře fungující rodiny pro společnost jako celek. Jejimi činiteli jsou všechny instituce se širokou celospolečenskou působností dotýkající se nějakým způsobem života dětí. Jsou to především všechny orgány státní legislativy a jimi vytvořené a pak uplatňované zákony, vyhlášky, směrnice, pokyny atd., politické strany se svými programy, církve, školy a školství jako celek, zdravotnictví, kulturní instituce, sdělovací prostředky (především televize), nevládní organizace dětí a mládeže, organizace zabývající se rodinou

b) Zaměřené působení na rodiče (a jiné vychovatele) nynější i budoucí

⁵⁴ PÖTHER, P. *Dítě v ohrožení*. 2 rozšířené vydání. Praha: G plus G 1999, s. 106.

⁵⁵ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 14-22

Prostředkem primární prevence na této úrovni jsou všechna obecná opatření ve prospěch rodin s dětmi – podpora finanční, nabídky nejrůznějších služeb. Rozhodující úloha v přípravě dětí na příští rodičovství samozřejmě připadá samotné rodině. V rámci rodiny je třeba pozornost věnovat odpovědnému početí, dobře prožitému těhotenství s účastí otce, časně pozitivní součinnosti matky s dítětem, kojení, účast otce na výchově. Vedle toho stoupá úloha školy s jejím programem sexuální výchovy a výchovy dětí v rodičovství, mladých lidí samotných, a to především ve spojitosti s prevencí nechtěného těhotenství, propagace antikoncepce, plánování rodiny a povznesení otcovské role v rodině. Dále je třeba vytvářet pro děti a mládež zajímavých programu pro jejich volný čas.⁵⁶

c) Zaměřené působení na odborné pracovníky a veřejné činitele

Jde o zprostředkování poznatků z výzkumů, odborných studií, průzkumů obyvatelstva. Cílovou skupinou jsou pak lidé nejrůznějších vědních oborů a společenské praxe, kteří se zabývají otázkami syndromu CAN. Pro přípravu budoucích lékařů a učitelů je třeba zabezpečit jak výuku o ochraně a podpoře zdraví, tak i zdravého vývoje dětí a mládeže. Tato výuka by měla pokrýt nejen znalosti o obecných vývojových zákonitostech, ale i o věkových zvláštích a kritických vývojových obdobích.

SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Ve spojitosti s CAN se za sekundární prevenci pokládá předně vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž nejspíše k týrání, zanedbávání či zneužívání dítěte dochází, dále pak cílené, programové působení na tyto skupiny lidí a na tyto situace tak, aby se riziko CAN snížilo na minimum. Znamená to tato rizika odhalovat, objasňovat, poznávat a tím je mít pod určitou kontrolou. Případně je možno je aktivním působením minimalizovat. Ohrožení dítěte je přítomno zatím jen potencionálně, zatím ještě k žádnému ublížení nedošlo. Jde tedy o to, ochránit dítě i „možné“ pachatele aby to, co jen hrozí, se nestalo skutkem. Prvním krokem k tomu je, že rizikové lidé jsou si vědomi své rizikovosti. Druhým je pak to, že tito lidé převedou toto uvědomění ve skutek a jsou ochotni něco pro sebe udělat. Třetí a poslední krok je věcí společnosti, která jim v tom podá pomocnou ruku.⁵⁷

⁵⁶ DROBILIČOVÁ, A.. *Týrané, zneužívané a zanedbávané děti v rodinách*. DP, MU Brno, 2006, s. 40

⁵⁷ DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. a kol. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada 1995, s. 07-108

TERCIÁRNÍ PREVENCE

O terciární prevenci mluvíme tehdy, když k aktu násilí nebo k jinému ublížení dítěti došlo, a je třeba zajistit, aby se to neopakovalo, aby dítě nebylo dále poškozováno a aby poškození, k němuž došlo, bylo ve svých důsledcích omezeno na minimum. Je zahájen proces diagnostický, který má vyústit v prognózu případu. Z této prognózy pak dále plyne návrh na pomocná, ochranná, terapeutická a další opatření ve prospěch dítěte. Po zachycení případu CAN a pečlivém zhodnocení na podkladě materiálu je třeba v zásadě rozhodnout,⁵⁸ zda a) dítě zůstane dále v rodině, b) dítě nezůstane ve své rodině a bude se hledat jiné optimální řešení jeho životní situace. Po odhalení a diagnostickém upřesnění podezřelého případu špatného zacházení s dítětem je třeba přikročit k nápravným opatřením, která mohou mít různá zaměření, volí se často různé postupy, které se opírají o různé teoretické podklady.⁵⁹

Pozitivní přístup: V mnoha závažných případech je potrestání a usvědčení pachatele nezbytnou součástí nápravného úsilí, které by mělo zamezit dalšímu ohrožování oběti.

Projektivní přístup: Úsilí o ochranu oběti před dalším poškozováním musí stát v popředí každé pomoci. Takovou první ochranou může být například umístění v nemocnici na dobu nezbytnou pro úpravu podmínek a pro zajištění bezpečnosti, poskytnutí ochranného dozoru, pečlivé kontroly tělesného a psychického stavu apod.

Individuální terapie postiženého: Má být komplexní a obsahovat potřebnou somatickou léčbu i psychoterapii usilující o nápravu nebo přijatelnost psychických následků poškozování. Terapie vždy musí být opřena o vztah důvěry mezi tím, kdo pomoc potřebuje a terapeutem, který ji má poskytnout.

Individuální terapie pachatele: Jejím cílem by mělo být omezení násilného či zanedbávaného chování vůči oběti a může být různě orientovaná a strukturovaná.

Efektivita jakékoliv formy psychoterapie je ovšem v případě jednotlivých pachatelů rozdílná, neboť i jejich motivace byla velmi rozmanitá a jejich případná agrese mohla vyplývat z různých faktorů.

Rodinná terapie: Je vhodnou formou zejména při ohrožování dítěte v rodině. Znamená pomoc celé rodině a vytvoření lepších vztahů uvnitř rodinné skupiny. Ani samotná rodinná

⁵⁸ VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍK, K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J. Sexuální násilí na dětech. Praha: Portál, 1999. s. 103.

⁵⁹ LANGMAIER, J., BALCAR, K., SPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Avicem, 1989, s. 283-284

terapie nemůže být ovšem použita ve všech případech, eventuálně musí být doplněna jinými formami pomoci.

SHRNUTÍ

Seznámili jsme se s pojmy ohrožené dítě, syndrom CAN, CSA a prevencí. Ohrožené děti dělíme do dvou skupin a to děti zdravotně znevýhodněné a děti poškozované, týrané a zneužívané. Syndrom CSA je syndrom sexuálně zneužívaného dítěte, které se vyznačuje nízkou sebeúctou, poruchami spánku a jinými příznaky. Syndrom CAN dělíme na zanedbávání, týrání a sexuální zneužívání. Nesmíme také opomenout zvláštní formy syndromu CAN, v poslední době se nejčastěji setkáváme s šikanováním a sexuální turistikou. Základem boje proti syndromu CAN i CSA je prevence, kterou dělíme na primární, sekundární a terciární. Primární prevence je nepochybně nejdůležitější zde mohou pracovníci DKC působit v terénu svou osvětovou činností. Informovat veřejnost o Syndromu CAN a jeho rizicích o možnostech pomoci. U sekundární prevence pracovníci DKC mohou v terénu odhalovat rizika a ohrožené cílové skupiny. U terciární prevence, bohužel už k aktu násilí došlo, je možné jen snižovat jeho účinky a zabránit dalšímu opakování.

4 KRIZOVÁ INTERVENCE

MATOUŠEK definuje krizovou intervenci jako rychlou psychologickou a sociální pomoc člověku, který se ocitl v krizové situaci a nedokáže ji zvládnout vlastními silami. Kvalifikovaná pomoc by měla vycházet z hodnocení toho, co krizi vyvolalo, z posouzení klientových současných vztahů, z hodnocení jeho psychického stavu, z úrovně klientovy životní adaptace před krizí, ze způsobů, jak dříve klient zvládal analogické situace, a z toho, jak se na aktuální krizi klient sám adaptoval⁶⁰.

Cílem krizové intervence je posílení klientových adaptačních schopností, tj. usnadnit mu komunikaci s okolím, umožnit náhled na rozsah problému, pomoci mu vyjádřit emoce, posílit jeho sebedůvěru, aktivovat zdroje podpory v jeho okolí a podpořit účelná řešení problému. Pomáhající pracovník se během krizové intervence obrací na vědomou, racionální složku klientovy osobnosti, zároveň však vytváří bezpečný prostor pro vyjádření všech klientových obav, i neracionálních.

BAŠTECKÁ metodu krizové intervence vymezuje jako způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit úlevy a vede ho k řešení jeho situace. Zaměřuje se na podnět, který krizovou reakci vyvolal, na pocity, které klient zažívá, na možné zdroje pomoci v klientově okolí a na jeho vlastní síly. Dle ní je metoda krizové intervence jednou z cest depsychiatrizace. Neusiluje o léčbu, nýbrž o podporu člověka, který se dostal do obtížné situace. *„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciál přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“*⁶¹

⁶⁰ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha:Portál 2003, s. 129

⁶¹ BAŠTECKÁ, B A kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha:Portál 2003.

Krizovou intervencí můžeme vymezit jako „*specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi.*“⁶² Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, sociální, právní.

Krizová intervence je prakticky zaměřená činnost. Specifické znaky krizové intervence jsou okamžitá pomoc, redukce ohrožení, koncentrace na problém, „tady a teď“, časové ohraničení, intenzivní kontakt, strukturovaný, aktivní někdy i direktivní přístup krizového intervenanta, individuální přístup.

Etapy krizové intervence

Základním prvkem krizové intervence je navázání kontaktu s klientem, jedná se o velmi podstatný krok, protože během krize člověk prožívá strach, beznaděj, úzkost, může se chovat neadekvátně, jako bez smyslu, agresivně. V této situaci je vhodné brát klienta takového, jaký je, musíme mu dát najevo, že ho akceptujeme. Další důležitou částí je dát klientovi najevo pocit bezpečí, protože jedině klient, který se cítí neohrožený je schopen dále s námi spolupracovat.

Vzájemné budování společného kontaktu vede intervenanta k shromažďování informací. Tato informace mu slouží k posouzení rozsahu krizové reakce, včetně psychického stavu, příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení. Dále k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize.⁶³

Nutné je získat informace o délce krize, za jakých okolností k ní došlo, jestli klient chápe příčiny krize, jaký význam krizi přikládá, jaký vliv má krize na jeho nejbližší okolí. Důležité je identifikovat předchozí způsoby řešení podobných problémů, možnosti řešení krize v současnosti. Co je pro klienta v současné situaci nejdůležitější, co by se mělo řešit nejdříve.

Zároveň již vzniká plán, jak krizi řešit. Je důležité prozkoumat sociální oporu klienta, jestli má blízké osoby, o které by se mohl v této tíživé situaci opřít. Existence nebo neexistence

⁶²LUCKÁ, Y.: KRIZOVÁ INTERVENENCE. IN MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha:Portál 2003, s. 129

⁶³ ŠPATÉNKOVÁ, N. a kol. *Krizová intervence pro praxi*. Praha:Grada 2004, s. 23-24

sociální podpory je velmi důležitá, má vliv na hloubku i trvání krize. Jedinec v krizi se může nacházet v různých situacích.

Klient má sociální oporu, někoho na koho se může obrátit v této situaci, kdo mu ji pomůže řešit. Zároveň je důležité zjistit, zda mu již někdy v minulosti pomohl a je-li klient ochoten se obrátit k němu a požádat ho o pomoc.

Klient má ve svém okolí sociální oporu, ale není schopen sám o pomoc požádat. Pak je úkolem interventa tuto sociální oporu mobilizovat.

Klient z různých důvodů nemá sociální oporu, v takovém případě je instituce „náhradním“ poskytovatelem sociální opory do doby, než bude jiný systém opory klienta vybudován. Již nyní získává klient schopnost samostatně rozhodovat a pomoc, která je mu poskytována, se blíží ke konci. Někteří klienti někdy potřebují pomoc i ve fázi realizaci plánu, který byl vypracován společně s krizovým interventem.

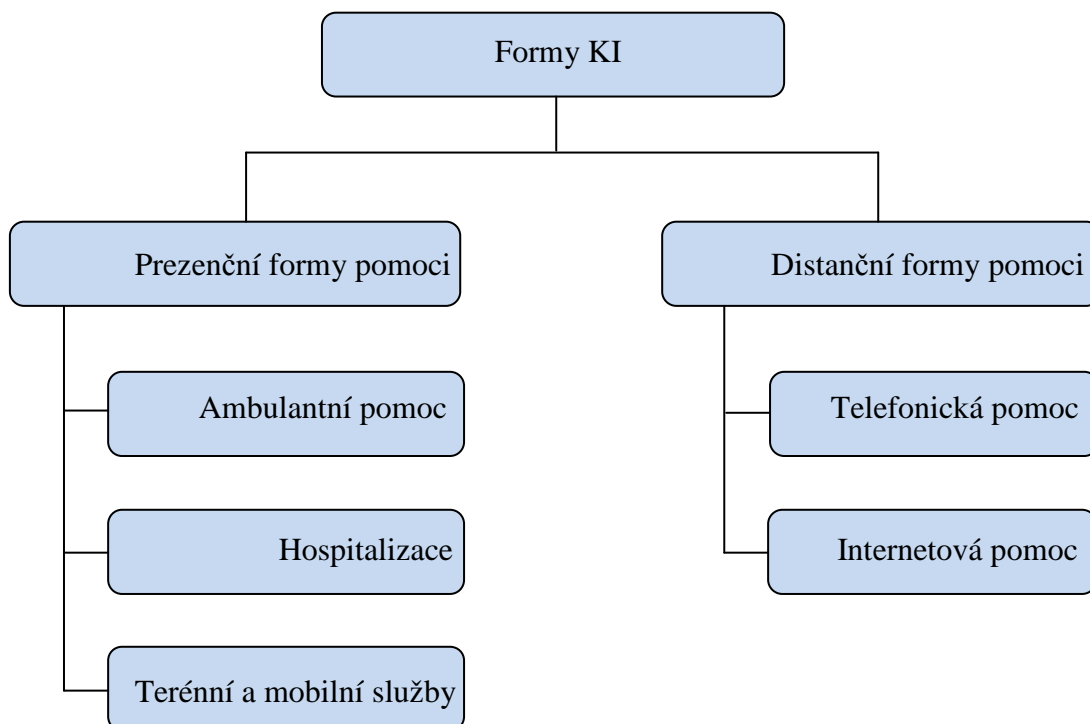
Pokud je krizový stav klienta vážný a není možné, aby se vrátil do svého přirozeného prostředí, je nutná hospitalizace.

Jakmile se ukáže, že je krize překonaná, klient si uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak ji má překonat, může být krizová intervence ukončena. Důležitou součástí krizové intervence je dokumentace, aby bylo možné při dalším kontaktu s klientem navázat na dosavadní skutečnosti. Dokumentace by měla obsahovat: a) v jakém stavu se klient nacházel na začátku intervence, b) jak dlouho trval krizový stav, c) čím byl způsobem, d) jaké jsou jeho příčiny, e) jaká intervence byla provedena, f) s jakými institucemi se spolupracovalo, g) jakých výsledků bylo dosaženo, h) jaká společná rozhodnutí byla přijata v konečné fázi setkání, ch) v jakém psychickém stavu se nacházel klient při ukončení intervence, i) jaké byly další plány spolupráce s klientem a institucemi poskytujícími pomoc.

4.1 Formy krizové intervence

Formy odborné pomoci v krizi můžeme rozdělit podle různých kritérií např. podle kontaktu krizového intervenanta s klientem můžeme hovořit o prezenční formě pomoci a distanční formě pomoci⁶⁴

Graf č. 3 Formy krizové intervence⁶⁵



Prezenční forma pomoci

Prezenční pomoc zahrnuje ambulantní formu pomoci v krizi, hospitalizaci, terénní a mobilní služby.

Ambulantní pomoc je poskytována klientům, kteří se dostaví osobně do ambulance nebo poradny nějaké instituce primárně určené k poskytování pomoci lidem v krizi (ambulance krizových center, ambulance psychoterapeutických pracovišť, ordinace klinického psychologa).

⁶⁴ ŠPATĚNKOVÁ, N. a kol. , *Krizová intervence pro praxi*, Praha:Grada 2004, s.23-24

⁶⁵ pořízeno autorkou práce

Hospitalizace je krátkodobé umístění klienta v krizi na tzv. „krizové lůžko“ nejlépe v zařízení k tomu určeném, tedy v krizovém centru.

Terénní a mobilní služby spočívají v přenesení procesu krizové intervence, tedy i interventa na místo, kde se nachází osoba, která je v krizi. V praxi jsou výše uvedené formy pomoci prováděny jen zřídka jednou institucí, obvykle se různé instituce zaměřují podle svých možností pouze na některé formy intervence. Instituce poskytující primárně krizovou intervenci běžně nazýváme **Krizová centra**.

Distanční forma pomoci je realizována pomocí telefonickou a internetovou.

Telefonická pomoc nabízí klientům v krizi pomoc a podporu skrze telefon, obvykle ji zajišťují linky důvěry. Linky mohou být úzce specializovány na nějakou skupinu (Gay linka pomoci, Linka důvěry pro děti a mládež), nebo mohou poskytovat služby celému širokému spektru volajících.

Internetová pomoc je realizována prostřednictvím relativně nového média – internetu. Internetová komunikace nabízí několik možností jako jsou chaty a diskusní skupiny, e-mailovou korespondenci, uveřejňování statických informací na www stránkách.

4.2 Krizová intervence v případech násilí páchaného na dětech

Během krizové intervence v případě násilí páchaného na dětech by se měl krizový intervent zaměřit na následující okolnosti. Identifikovat příznaky násilí na dětech. V případě, že došlo ke zranění dítěte nebo k jeho sexuálnímu zneužití, zabezpečit lékařské vyšetření. Zvážit, zda dítě může nadále setrvat v domácím prostředí. Kdo zde bude zajišťovat jeho bezpečí, kdo ho bude chránit, kdo a v jakém případě potřeby zajistí dítěti hospitalizaci, přesun do krizového centra? Zjistit a shromáždit všechny dostupné informace, které mohou pomoci při hodnocení situace. Zajistit ostatní děti v rodině. Jsou nebo nejsou aktuálně ohroženi násilím? Zachovat objektivitu a profesionální přístup k dítěti i rodičům. Kontaktovat ostatní instituce – policii, zdravotnické zařízení, pedagogicko-psychologickou poradnu, OSPOD. Nasměrovat klienty do specializované instituce zaměřené na psychologickou pomoc dětem a rodinám. Existuje-li podezření na spáchání sexuálního násilí na dětech, je třeba postupovat vždy velmi opatrně, aby na jedné straně nedošlo k bagatelizaci určitých signálů, ale na druhé straně, aby nebyly vyvozovány příliš ukvapené závěry o zneužívání.

Rozhovor s dítětem

Při rozhovoru s dítětem by měl krizový intervent dodržovat následující zásady. Dítě musí být na rozhovor připraveno, je vhodné se na rozhovoru domluvit. Musí být obeznámeno, že budeme hovořit o tom, co se stalo. Cíl rozhovoru musí být vysvětlen jazykem, který odpovídá vývojovému stupni dítěte. Během celého rozhovoru s dítětem je třeba používat jazyk, kterému s ohledem na svůj věk a intelektuální úroveň rozumí, k popisu dané situace používat výrazy vlastní dítěti. Je nutné brát v úvahu otázky dítěte. S dítětem hovořit tak, jako o jiných problémech, například o potížích ve škole. V žádném případě nesmí intervent dávat najevo, že je to hrůza co se mu stalo. Nestydět se a nedbat intimních otázek. V žádném případě nesmí krizový intervent vsugerovat dítěti odpovědi, vyvíjet na dítě jakýkoliv nátlak. Neměl by kritizovat jeho vyjadřování, nabízet odměnu. Dále by neměl dávat najevo vlastní zděšení nebo údiv. Dítě v žádném případě neobviňovat. V případě násilí páchaného na dětech nesmí odborná pomoc dítěti a jeho rodině skončit krizovou intervencí a předáním případu orgánům činným v trestním řízení. U každého potvrzeného násilí je nezbytné zajistit kontinuitu poskytované péče, nejlépe zabezpečit dlouhodobou psychoterapii, která by byla zaměřena na terapii následků traumatu a prevenci opakování nevhodných vzorců chování v dospělosti (předávání štafety zneužívání).

Souhrn:

Seznámili jsme se s krizovou intervencí. Jedná se o specializovanou pomoc osobám, které se ocitli v krizi. Cílem je posílit klienta a pomoci mu najít cestu ven z obtížné situace. Formy krizové intervence se dělí na prezenční a distanční. Obě tyto formy poskytují pracovníci v DKC. Krizová intervence v případech páchaných na dětech má své specifické zásady. Je důležité, aby intervent tyto zásady respektoval. V DKC jsou všichni pracovníci dostatečně proškoleni, aby zvládli poskytnout krizovou intervenci dítěti.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 DEMOGRAFIE MĚSTA BRNA

Základní charakteristika města

Město Brno je druhým největším městem České republiky a tvoří centrum Moravy. Na území města Brna žije více než třetina obyvatel celého Jihomoravského kraje (33,4%) a na 1 km² připadá 1 634 obyvatel. Díky své příznivé poloze se město Brno stalo v průběhu staletí důležitou křižovatkou obchodních cest. Město Brno je nejen střediskem průmyslu, obchodu, kultury a školství, ale též administrativním centrem Jižní Moravy. Město Brno je ze tří stran obklopeno zalesněnou Dražanskou a Českomoravskou vrchovinou, pouze na jihu přechází do rozsáhlé jihomoravské nížiny. Město Brno se rozprostírá na ploše 23 018 hektarů v nadmořské výšce od 190 do 425 m. Městem protéká řeka Svitava a řeka Svatka. Severozápadně je na řece Svatce rekreační nádrž - Brněnská přehrada.

Z územně správního pohledu se statutární město Brno člení na 29 městských částí. Největší počet obyvatel má městská část Brno – střed.

Obr. č. 1 Mapa statutárního města Brna⁶⁶



⁶⁶ www.brno.cz/sprava-mesta/mestske-casti/ (13.3.2010)

Zdravotnické služby zajišťuje v městě Brně 10 nemocničních lůžkových zařízení s více než 4000 lůžky, léčebna dlouhodobě nemocných a další speciální lůžková zařízení. Kromě toho ambulantní péči poskytuje 13 poliklinik, 190 samostatných ordinací praktických lékařů, 72 ordinací dětských lékařů, 268 stomatologických ordinací, 53 gynekologických a 320 dalších speciálních ordinací. Lékárenské služby zajišťuje 92 lékáren. V Brně pracuje více než 2500 lékařů a téměř 8 000 středních zdravotnických pracovníků. Na jednoho lékaře připadá přibližně 140 obyvatel. Seniorům poskytuje péči 5 domovů důchodců s téměř 1 200 lůžky, 8 penzionů s 616 místy a 14 domů s pečovatelskou službou se 660 bytovými jednotkami. Zdravotně postiženým poskytuje služby 16 ústavů a zařízení sociální péče s přibližně 1200 místy.

Brno je sídlem 8 vysokých škol s 27 fakultami, na kterých formou řádného studia studuje 36590 studentů. Má 146 mateřských škol s více než 9000 zapsaných dětí, 74 základních škol se 34260 dětí, 19 základních uměleckých škol s více než 11000 žáky, 57 středních škol a gymnázií, na kterých studuje přes 20000 studentů. Více než 11000 učňů navštěvuje 13 středních odborných učilišť, na 11 vyšších odborných školách je zapsáno přes 2000 žáků. Dále je Brno sídlem Nejvyššího soudu ČR, Ústavního soudu ČR, Úřadu na ochranu hospodářské soutěže, Českého statistického úřadu a Kanceláře veřejného ochránce práv (ombudsmana).⁶⁷

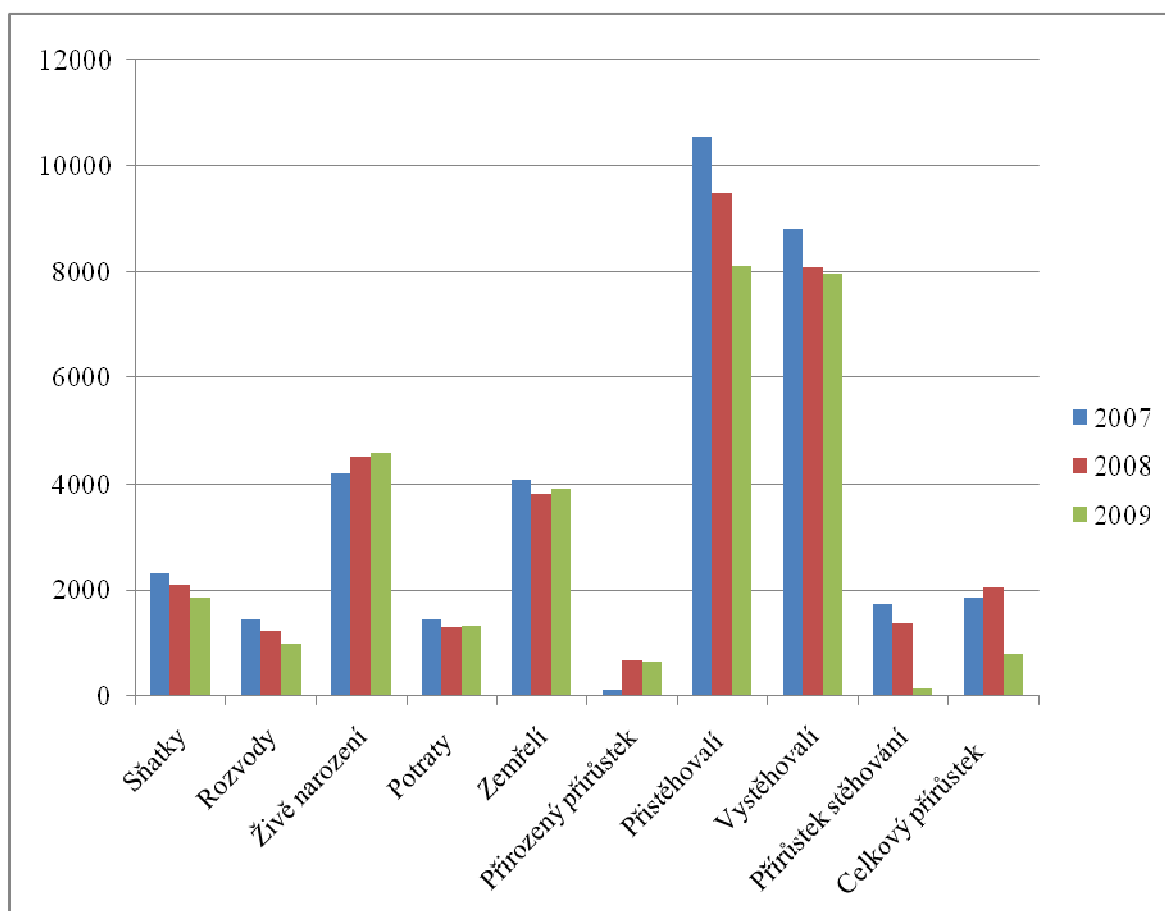
Ze 194,4 tis. osob ekonomicky aktivních je 18,8 % zaměstnáno ve zpracovatelském průmyslu a výrobě elektřiny, 13,0 % v obchodě a opravách motorových vozidel a spotřebního zboží, 9,6% ve stavebnictví, 9,0 % ve službách pro podniky, 7,6 % ve školství a stejné procento ve zdravotnictví, 6,6% v ostatních veřejných a osobních službách, 6,3 % ve veřejné správě. Celkem 9,1 % osob v produktivním věku je nezaměstnaných, z nich je více jak čtvrtina mladých ve věku do 25 let.

⁶⁷ ČSÚ - www.brno.czso.cz/, (13.3.2010)

Tabulka č.1 Pohyb obyvatelstva (absolutní údaje) v městě Brně v roce 2007, 2008 a 2009⁶⁸

	Sňatky	Rozvody	Živě narození	Potraty	Zemřelí	Přirozený přírůstek	Přistěhovalí	Vystěhovalí	Přírůstek stěhováním	Celkový přírůstek
2007	2314	1449	4209	1463	4091	118	10540	8805	1735	1853
2008	2098	1231	4490	1300	3816	674	9476	8091	1385	2059
2009	1869	987	4578	1320	3915	663	8101	7957	144	807

Graf č.2 Grafické porovnání pohybu obyvatelstva v městě Brně v roce 2007, 2008 a 2009⁶⁹



Z grafického porovnání vyplývá pozitivně pro harmonický rozvoj dítěte především míra rozvodovostí, kontraproduktivní může být míra sňatečností.

⁶⁸ <http://www.czso.cz/xb/edicniplan.nsf/p/13-6403-08> (28.3.2010)

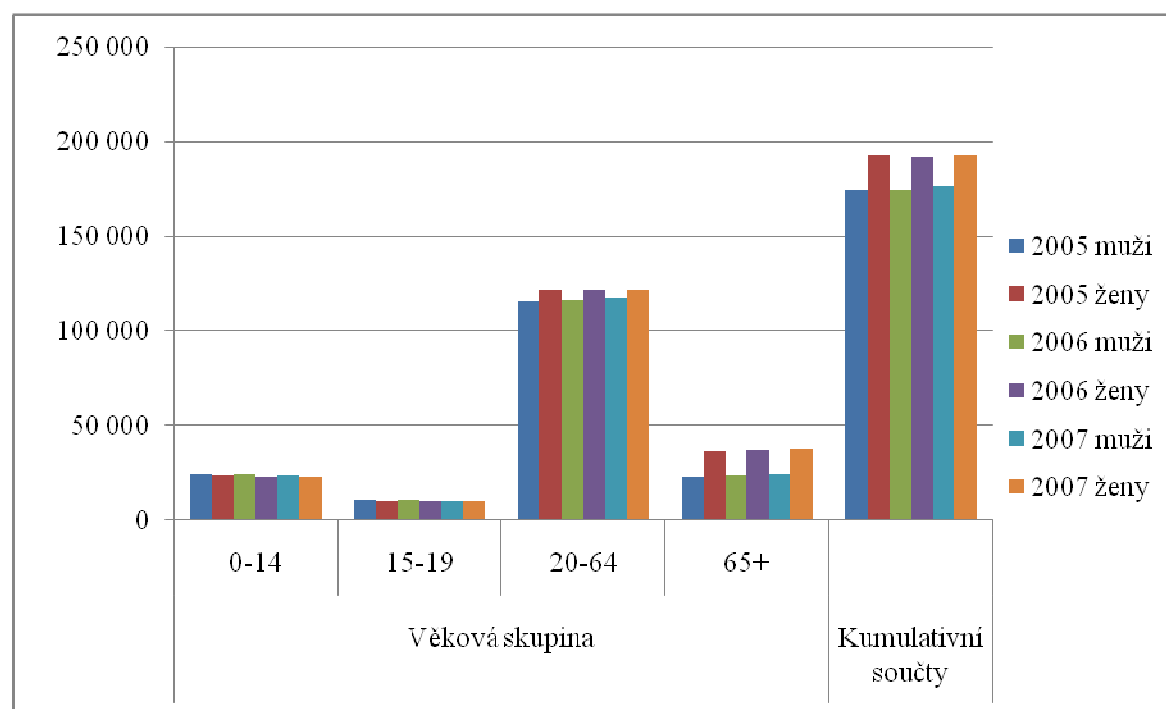
⁶⁹ vlastní práce autorky

Dalším důležitým ukazatelem z demografie města Brna pro tuto práci je věkové rozlišení obyvatelstva v městě Brně. Z dostupných údajů Českého statistického úřadu v Brně porovnáním věkových hranic dle tabulky č.2, lze konstatovat, že věkové rozložení obyvatelstva pro účel této práce je pro sledované období 2005-2007 téměř konstantní.⁷⁰

Tabulka č. 2 Porovnání věkových hranic obyvatelstva v městě Brně v roce 2005, 2006 a 2007⁷¹

		Věková skupina				Kumulativní součty
		0-14	15-19	20-64	65+	
2005	muži	24 652	10 796	115 797	23 041	174 286
2005	ženy	23 585	10 446	121 928	36 512	192 471
2006	muži	24 215	10 644	116 121	23 612	174 592
2006	ženy	23 213	10 204	121 667	37 004	192 088
2007	muži	23 979	10 396	117 526	24 134	176 035
2007	ženy	23 105	9 993	121 874	37 526	192 498

Graf č. 3 Grafické porovnání věkových hranic obyvatelstva v městě Brně v roce 2005, 2006 a 2007⁷²



⁷⁰ ČSÚ -www.czso.cz/xb/edicniplan.nsf/p/13-6403-08 (28.3.2010)

⁷¹ Pro vlastní porovnání byly dostupné data ze serveru Českého statistického úřadu pouze do roku 2007 (28.3.2010)

⁷² vlastní práce autorky

Při posuzování dětských krizových center v městě Brně, jejich počtu, počtu dětí a mladiství do 19 let vycházíme z počtů věkových kategorií 0-14 a 15-19 let.

Přehled dětských krizových center v Brně viz příloha č.1

6. DĚTSKÁ KRIZOVÁ CENTRA V MĚSTĚ BRNĚ

V rámci empirické části jsme zvolili za cílovou skupinu jedno státní a jedno nestátní zařízení v Brně. Státní zařízení – krizové centrum pro děti a dospívající Hapalova, jež bylo zřízeno Magistrátem města Brna. Nestátní zařízení – Spondea při ČČK Brno, o.p.s., Sýpka 25, Brno.

6.1 SPONDEA

Je obecně prospěšná společnost, jejímž posláním je zlepšování kvality života dětí, mladých lidí a jejich blízkých, dále osob ohrožených domácím násilím, s cílem podpořit je ve schopnosti řešit jejich obtížné životní situace a opětovně se začlenit do společnosti.



Obr.č. 2⁷³

⁷³ pořízeno autorkou práce dne 14.3.2010



Obr.č. 3⁷⁴

Spondea je poskytovatelem sociálních služeb, má pověření pro výkon sociálně-právní ochrany dětí, a je zařazena mezi poskytovatele nestátních zdravotnických služeb. Veškeré služby poskytuje v Krizovém centru pro děti a mládež a v Intervenčním centru pro osoby ohrožené domácím násilím.⁷⁵

Cíle organizace

Cílovou skupinou této neziskové organizace jsou:

Děti a mladí lidé do 18 let, dále pak studenti do 26 let věku, kteří se dostali do nepříznivé sociální situace, kterou nejsou schopni sami řešit, a jejich zákonní zástupci, případně osoby blízké. Jedná se především o naléhavou krizi v osobním životě způsobenou vztahovými, rodinnými, sociálními či školními problémy a neprospěchem, týráním, zneužíváním, situacemi po prožití jednorázového traumatu, krizi způsobenou poruchami příjmu potravy, sebepoškozováním, domácím násilím, šikanou.

Rodiny s dětmi do 18-ti let či její jednotliví členové, kteří nejsou sami schopni zajistit optimální výchovu a péči dětem. Jedná se o rodiny v dlouhodobě nepříznivé sociální situaci, kterou je např. rozvodová problematika, domácí násilí, výchovné problémy

⁷⁴ pořízeno autorkou práce dne 14.3.2010

⁷⁵ informační leták Spondea při ČČK Brno, o.p.s.

s dětmi, komunikační problémy, nefunkční styly výchovy, rodiny kde se vyskytuje týrání, zneužívání či zanedbávání, domácí násilí.

Osoby ohrožené, nebo již vystavené psychickému, fyzickému, sexuálnímu či ekonomickému domácímu násilí ve všech stádiích, dále osoby jim blízké, nebo svědci domácího násilí.

Hlavními cíly organizace Spondea pak jsou:

okamžitá podpora, zklidnění a orientace klienta v pro něj naléhavé situaci, překonání krizového stavu klientem, zaktivizování schopnosti klienta řešit situaci vlastními silami a využívat obvyklým způsobem jiné systémy – bydlení, školství, zdravotnictví, služby zaměstnanosti atd., minimalizace rizik ohrožení duševního a sociálního vývoje dětí prostřednictvím výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, prevence rodinné patologie, zvládnutí krizového stavu v rodině, zmírnění následků dlouhodobě nepříznivé situace na rodinu a následné znovu začlenění se rodiny do společnosti, směřování klienta k zajištění vlastní bezpečí, zmobilizování vlastní aktivity klienta tak, aby byl schopen vlastními silami realizovat další kroky vedoucí k životu bez násilí, zajištění spolupráce mezi poskytovateli jiných sociálních služeb v rámci řešení problematiky domácího násilí.

Principy práce

Individuální přístup ke každému klientovi, práce podle etického kodexu pracovníka krizového centra a podle vlastního profesního etického kodexu, týmová spolupráce, naplňování lidských práv, kladení důrazu na začleňování klientů do společnosti, v mimořádných krizových situacích se pracovník snaží motivovat klienta k zachování vlastního života, podpora osobního růstu a schopností řešit situaci vlastními silami.

Historie organizace

Spondea zahájila svůj provoz v listopadu 1998 a rozsahem svých služeb poskytovaných na mezirezortní úrovni spolu s lůžkovým zázemím se stala jediným zařízením tohoto typu na území jižní Moravy. Zřizovatelem obecně prospěšné společnosti SPONDEA je Oblastní spolek Českého červeného kříže Brno – město. Orgány společnosti jsou Správní rada o.p.s. jako statutární orgán a Dozorčí rada o.p.s.

Již od svého založení v roce 1998 se organizace věnuje problematice týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí. Od roku 2006 pak i dospělým, kteří se stali oběťmi domácího násilí.

Začátky byly nesmírně obtížné, v roce 1998 sice byly k dispozici vhodné prostory, jejichž rekonstrukci financovala zahraniční nadace, ale chybělo vybavení, a provoz musel být financován pouze z vlastních zdrojů. Přesto díky zahraničnímu materiálnímu daru již v listopadu uvedeného roku zahájili nepřetržitý provoz a pro klienty byly k dispozici 3 lůžka a nouzové vybavení.

V průběhu roku 1999 se Spondea postupně dostávala do podvědomí nejen široké veřejnosti, ale i veřejnosti odborné, provoz zaštilil Magistrát města Brna, Odbor sociální péče. Během tohoto roku se podařilo zařízení díky cíleným dotacím z Ministerstva vnitra ČR účelně vybavit, a vytvořil se stabilní odborný pracovní tým.

V roce 2000 tak již bylo možné rozšířit nabídku služeb o zcela speciální terapeutické techniky, a v rámci zdravotně - sociální péče nabídnout klientům komplexní služby a programy, vedoucí k vyřešení jejich osobní situace. O kvalitách našich služeb svědčí pověření Ministerstva práce a sociálních věcí ČR k výkonu sociálně-právní ochrany dětí, které Spondea obdržela v roce 2000. Ve stejném roce zprovoznila psychiatrickou ambulanci a získali tak statut poskytovatele nestátních zdravotnických služeb.

V roce 2001 došlo k rozšíření činnosti o preventivní a osvětové programy prováděné na základních školách a podílení se na pomoci matkám s dětmi v tísní poskytováním krátkodobých azylových pobytů.

Pro rok 2002 bylo charakteristické zvyšování odborné úrovně nabízených služeb, na interní úrovni pak prohlubování a zdokonalování jednotlivých metodických postupů při práci s klienty. Pracovníci zvyšovali své odborné znalosti a dovednosti svoji aktivní účastí na odborných výcvicích a seminářích. Preventivní a osvětové programy se staly pravidelnou činností zařízení.

Velká změna se odehrála v roce 2004, kdy se organizace přestěhovala do nových prostor. Spondea získala od Magistrátu města Brna do patnáctiletého pronájmu vilku se zahradou v klidné části města. V průběhu stěhování nebyl provoz krizového centra přerušen. Díky těmto novým prostorům jsme mohli zcela oddělit lůžkovou část.

Za významnou událost roku 2005 lze považovat udělení akreditace pro výkon sociální služby „krizová pomoc“ od hejtmána Jihomoravského kraje. K další výrazné změně došlo

v roce 2006, kdy byl ve Spondei od 1. září zahájen provoz DONA centra Brno, centra pro osoby ohrožené domácím násilím bez rozdílu věku a pohlaví. K 31.12.2006 byl ukončen projekt „Byt na půli cesty“, který nepřetržitě fungoval od roku 2004 po přestěhování organizace do nových prostor.

Od 1. ledna 2007 byla pro osoby ohrožené domácím násilím zavedena nová služba Intervenčního centra, kterou pro Jihomoravský kraj zajišťuje tato organizace. Zároveň byly v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. zaregistrovány sociální služby „krizová pomoc“, „telefonická krizová pomoc“ a „sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi“.

Spondea poskytuje služby: krizová pomoc, pobyt na krizovém lůžku, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, intervenční centrum, sociálně právní ochrana dětí.

Krizová pomoc

Posláním služby krizová pomoc v Krizovém centru Spondea je poskytování včasné a dosažitelné pomoci a podpory ambulantní i pobytovou formou dětem, mládeži a mladým lidem do 26 let věku v obtížných životních situacích, které nejsou sami schopni řešit, s cílem umožnit jim začlenění do běžného života.

Pobyt na krizovém lůžku

Krizová lůžka slouží pro klienty, kteří se ocitli v nouzi, v ohrožení nebo v obtížných životních situacích. Organizace nabízí bezpečné ubytování na dobu 1 – 7 nocí, v závažných případech i déle, hygienické zázemí, stravu, psychologickou pomoc a poradenství.

Telefonická krizová pomoc

Posláním služby telefonická krizová pomoc Krizového centra Spondea je prostřednictvím telefonu, chatu nebo emailu poskytování okamžité pomoci a podpory dětem, mládeži a mladým lidem do 26 let v obtížných životních situacích, které nejsou sami schopni řešit. Cílem je zklidnění klienta vedoucí k jeho zorientování se ve stávající situaci.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Posláním sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi Krizového centra Spondea je podpora rodin s dětmi, které nejsou schopny vlivem nepříznivé sociální situace zajistit optimální výchovu a péči dětem. Cílem je podpořit zdárný vývoj dítěte a fungování rodiny, a to formou ambulantní a terénní.

Intervenční centrum

Posláním Intervenčního centra Brno je poskytování odborné pomoci a podpory ambulantní, terénní i pobytovou formou osobám bez rozdílu věku a pohlaví, které se pod vlivem domácího násilí dostaly do sociálně nepříznivé situace, s cílem nabytí dovednosti tuto situaci řešit vlastními silami. Intervenční centrum Brno dále organizuje spolupráci institucí a odborníků řešících problematiku domácího násilí v Jihomoravském kraji a zajišťuje informovanost mezi jednotlivými intervenčními centry ostatních krajů.

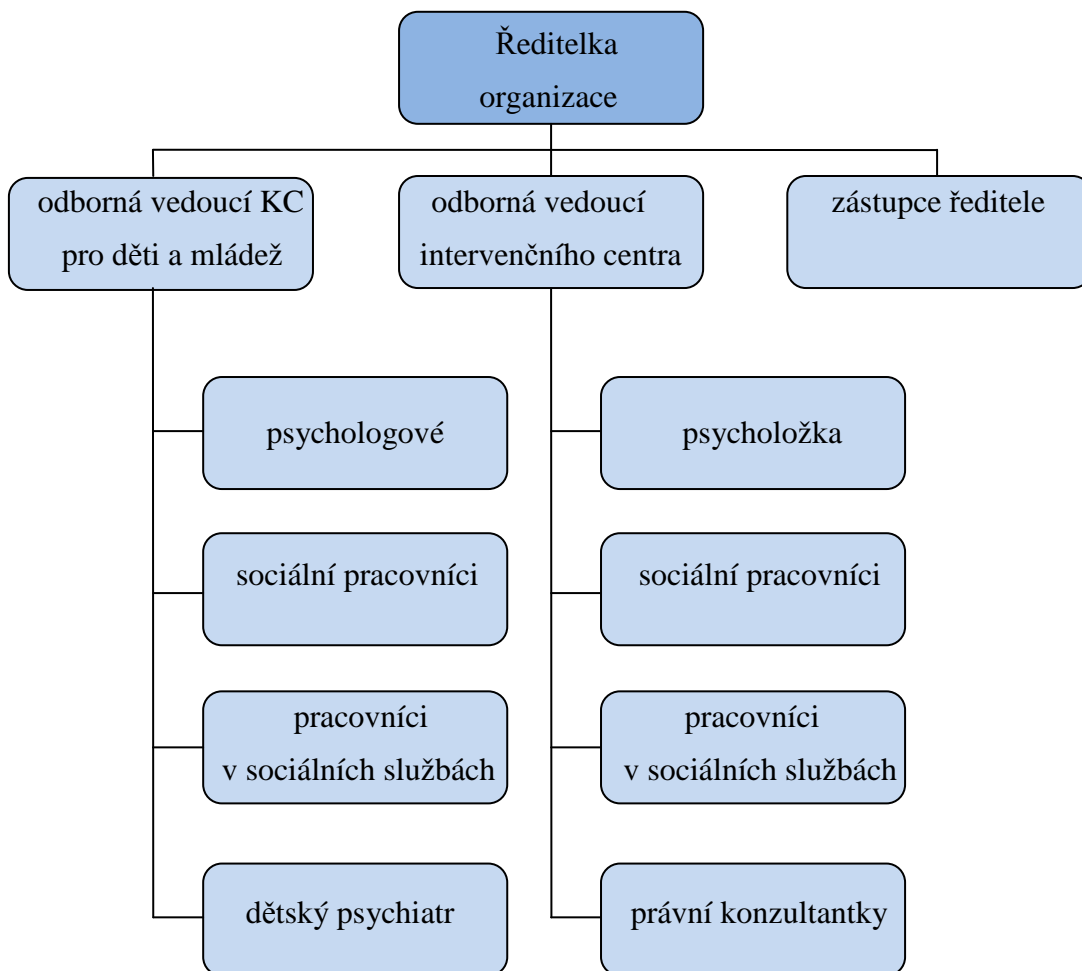
Sociálně-právní ochrana dítěte

Organizace má pověření pro výkon sociálně - právní ochrany dětí, a to v rozsahu:

zřizování a provoz zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, vyhledávání dětí, na které se sociálně - právní ochrana zaměřuje, pomoc rodičům při řešení výchovných nebo jiných problémů souvisejících s péčí o dítě, zřizování a provoz zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zřizování a provoz zařízení sociálně - výchovné činnosti, pořádání poradenské činnosti, přednášek a kurzů v intencích sociálně - právní ochrany dětí. Jednou z hlavních služeb poskytovaných klientům v rámci sociálně - právní ochrany dětí je možnost pobytu dětí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.⁷⁶

⁷⁶ Zdroj pro zpracování části o DKC Spondea byl získán ze stáže autorky v lednu 2010.

Graf č.4 - Struktura organizace⁷⁷



V rámci práce jsem provedla statistické zpracování klientů krizového centra Spondea v období let 2007 - 2009. Z těchto údajů vyplívá, že nejčastější klienti DKC jsou děti s rodinnými problémy, dále osobními problémy a žádosti o azyl. Syndrom CAN rok od roku postupně vzrůstá .

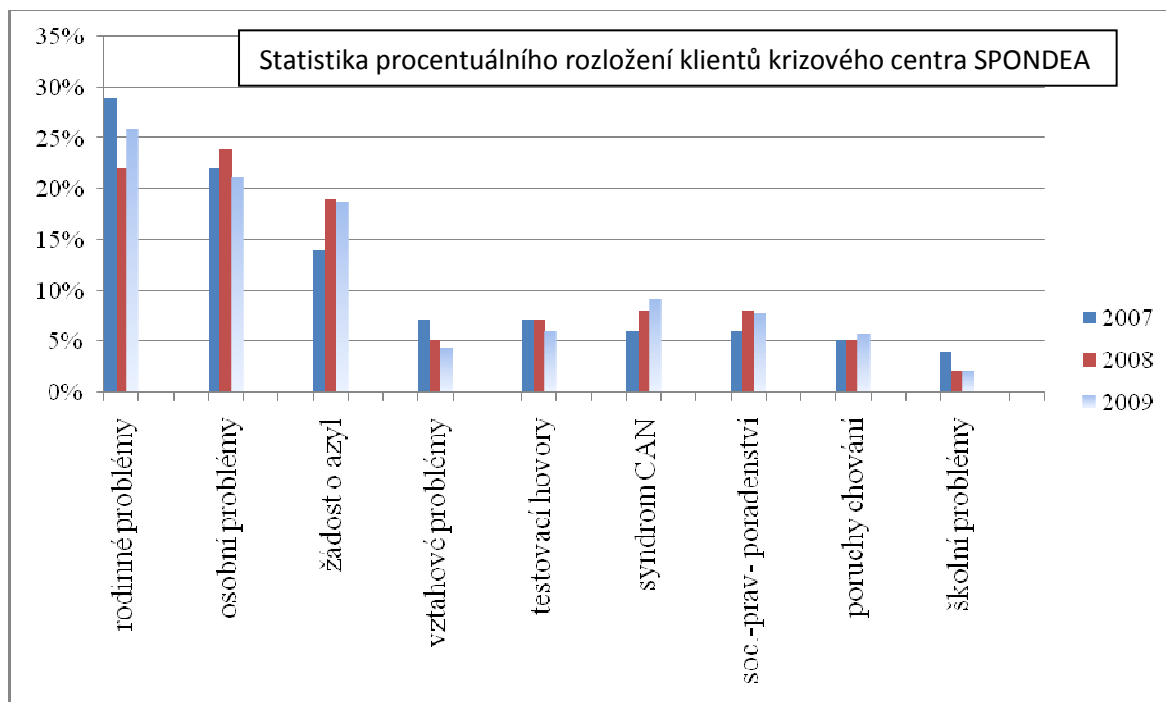
Tabulka č.3 Statistika za roky 2007, 2008, 2009 v krizovém centru SPONDEA⁷⁸

	rodinné problémy	osobní problémy	žádost o azyl	vztahové problémy	testovací hovory	syndrom CAN	soc.-prav-poradenství	poruchy chování	školní problémy
2007	29%	22%	14%	7%	7%	6%	6%	5%	4%
2008	22%	24%	19%	5%	7%	8%	8%	5%	2%
2009	26%	21%	19%	4%	6%	9%	8%	6%	2%

⁷⁷ vlastní práce autorky

⁷⁸ www.spondea.cz

Graf č.5 - Statistika za roky 2007, 2008, 2009 v krizovém centru SPONDEA⁷⁹



Den v dětském krizovém centru Spondea

Krizové centrum se nachází ve starším třípatrovém domě. Obklopen je zahradou, kterou využívají klienti centra. Zahrada je vybavena dětskými prolézačkami, pískovištěm, lavičkami. Dá se využít pro volnočasové aktivity, návštěvy i ergoterapii, asistované kontakty. V přízemí se nachází kancelář pro styk s veřejností a 3 krizové pokoje. Je zde i kuchyňka a sociální vybavení. Jeden pokoj bývá vyčleněn pro rodiče s nezletilými dětmi, kteří jsou ohroženi domácím násilím. Dvě lůžka bývají krizová pro pobyt dětí a dospívajících do 18 let věku, v případě potřeby až do 26 let a to po dobu 1-7 nocí. V závažných případech je možné pobyt prodloužit. Můžou zde být také ubytováni dospělé osoby ohrožené domácím násilím. Během pobytu jsou zde nabízeny tyto služby – strava, psychologická pomoc a poradenství. O program se starají sociální pracovníce, psychologové a stážisti, kteří mají ten den službu na lůžkovém oddělení. Dle mého zjištění je strava dovážena, dříve vařil personál DKC. Lůžkové oddělení má svůj řád a denní režim, bohužel jsem ho nedostala k dispozici.

⁷⁹ vlastní práce autorky

Na mé otázky, kdo se stará o nezletilé klienty během jejich pobytu, zda je v případě potřeby někdo vozí do školy, mi bylo odpovězeno. Klienti, kteří jsou schopni dojíždět sami do škol, se dopravují bez potíží, malé klienty doprovází, pokud to lze rodiče dle domluvy, nebo personál. O klienty se stará personál, který má službu (psycholog, sociální pracovník, stážisti) nemají zde přímo vyčleněný personál na tuto lůžkovou část.

Snaha personálu je zajistit službu a péči tak, aby byl klient co nejdříve vrácen do normálního prostředí nebo do jiné instituce (DKC Hapalova, diagnostický ústav, dětský domov, domů). Ubytovaný klient může využívat canis-terapii, drama-terapii. Délky pobytu klientů jsou zde různé, nejčastěji to bývá týden, ale byl tu i případ dvou měsíců. V době, kdy byl prováděn rozhovor, zde byla ubytována matka s dětmi z důvodu domácího násilí.

V druhém patře se nacházejí kanceláře psychologů a sociálních pracovníků. Zde nejčastěji probíhají ambulantní služby nabízené klientům. V třetím patře má kancelář ředitelka a je zde terapeutická místnost. Lze ji využít na asistovaná setkání, sociálně aktivizační služby pro rodiče a děti, drama terapii, přednášky pro studenty.

Vzhledem k počtu psychologů a sociálních pracovníků lze říct, že zde klienti využívají hojně ambulantní služby. Spondea má také velice dobrý preventivní program pro střední a základní školy. Preventivní programy jsou vedeny formou besedy. Ty jsou realizované pro samostatné třídy bez přítomnosti učitele, vede je psycholog nebo sociální pracovník. Dětem je tak nabídnuta možnost sdílet své problémy a diskutovat různá témata pouze za přítomnosti odborníka v chráněném prostředí třídy. Témata nabízená v preventivních programech jsou: Kam se mohu obrátit o pomoc, Když doma není doma, Svět on-line a jeho stránky, Vztahy mezi vrstevníky, Domácí násilí, Sebepoškozování.

Mezi další činnosti patří vzdělávání sociálních a zdravotnických pracovníků, policistů, studentů. Spolupráce vedoucí krizového centra po dobu mého rozhovoru byla velmi vstřícná a po všech stránkách mě obohatila o nové informace o tomto zařízení.

6.2 DKC HAPALOVA

Krizové centrum Brno, Hapalova 4, je účelové zařízení sociální péče začleněné do Centra sociálních služeb, p. o. Brno – Tábor. Je součástí Střediska sociální pomoci dětem, což je instituce zřízená Magistrátem města Brna.



Obr.č.4⁸⁰

Dítě může Krizové centrum vyhledat samostatně nebo v doprovodu rodiče, kamaráda či jiného dospělého. Krizové centrum zahrnuje ambulantní a lůžkovou část.

Ambulantní část

Dětské krizové centrum Hapalova nabízí krizovou intervenci v akutních situacích i poradenskou pomoc dětem a rodinám při řešení dlouhodobějších problémů. Poskytuje psychologickou diagnostiku, terapii i prevenci dítěte postiženého nebo ohroženého jakoukoliv formou deprivace, zanedbávání, týrání či zneužívání.

Samozřejmou součástí terapie je navázání úzké spolupráce s rodinou takto postiženého dítěte. Po domluvě s ní je stanoven optimální postup řešení problému – např. je dohodnuta frekvence a délka dalších konzultací s psychologem.

⁸⁰ staženo z webových stránek DKC Hapalova (14.3.2010)

K dalším aktivitám patří osobní, telefonická nebo emailová spolupráce s psychology (v týmu jsou muži i ženy) a zprostředkování kontaktu na další odborníky, specializovaná zařízení a instituce.

Lůžková část

Dětem v krizi poskytuje krizové centrum Hapalova azylové ubytování na dobu nezbytně nutnou. Příjemná atmosféra a „rodinný“ přístup vychovatelek umožňují dítěti rychlou adaptaci na pobyt v zařízení. Je dbáno na to, aby dítě mohlo nadále navštěvovat školu, do které je přihlášené. V rámci komplexní péče je také zajištěna pomoc dítěti při přípravě do školy, doprovod k lékaři, do zájmových kroužků apod. Pobyt zde schvaluje Magistrát města Brna, který rovněž stanoví výši poplatků za pobyt dítěte.

Historie krizového centra

Stanice pečovatelské služby vznikla 20. 12. 1990. Zakládala ji Kongregace Dcer Panny Marie Pomocnice- Salisiánky Dona Boska. Malým domečkem (Brno – Komín, Hlavní 11) prošlo hodně dětí i tet, které se o ně s láskou staraly. Vše pod vedením sestry Marie Kotvrdové. V dubnu 1993 odchází do Trapistického kláštera (Vitorchiáno- Itálie). A tak zde nastupuje v květnu 1993 paní Zdena Zvěřinová, která vede toto středisko dodnes.

O prázdninách 1996 se stěhujeme do většího domu v Brně- Židenic, Sejkorova 6. O prázdninách 2000 se znovu stěhujeme do Brna - Řečkovic Hapalova 4. Rozšiřujeme služby a měníme název na STŘEDISKO SOCIÁLNÍ POMOCI DĚTEM SSPD + KRIZOVÉ CENTRUM. Posiluje nás sociální pracovnice a psycholog. Středisko slouží pro děti od 2,5 – 18 let. Kapacita je 12 lůžek. 10 lůžek patří středisku sociální pomoci a 2 lůžka krizovému centru.

Od ledna 2003 máme tento počet pracovníků: vedoucí centra, sociální pracovnice, 2 psychologové, zdravotní sestra, vychovatelka, 2 pečovatelka.

V lednu 2009 odchází do důchodu paní Zvěřinová a vedoucím pracovníkem se stává náš dlouholetý psycholog Mgr. Petr Sakař. Měníme název na Krizové centrum pro děti a dospívající⁸¹

⁸¹ Zdroj z kroniky č.2 Krizového centra Hapalova (9.11.2009)

Charakteristika organizace Hapalova

Posláním je prevence, diagnostika, terapie a odborné posuzování syndromu CAN. Využívá lůžkové kapacity k diagnostickým a terapeutickým pobytům ve vyhraněných krizových situacích dítěte ve věku 0-18 let. KC poskytuje ubytování, stravování a přiměřenou zdravotní, psychologickou a sociálně- právní péči a vytváří podmínky pro uspokojování potřeb dítěte.

Pobyt v KC se poskytuje dětem na dobu nezbytně nutnou s ohledem na jejich individuální problematiku.

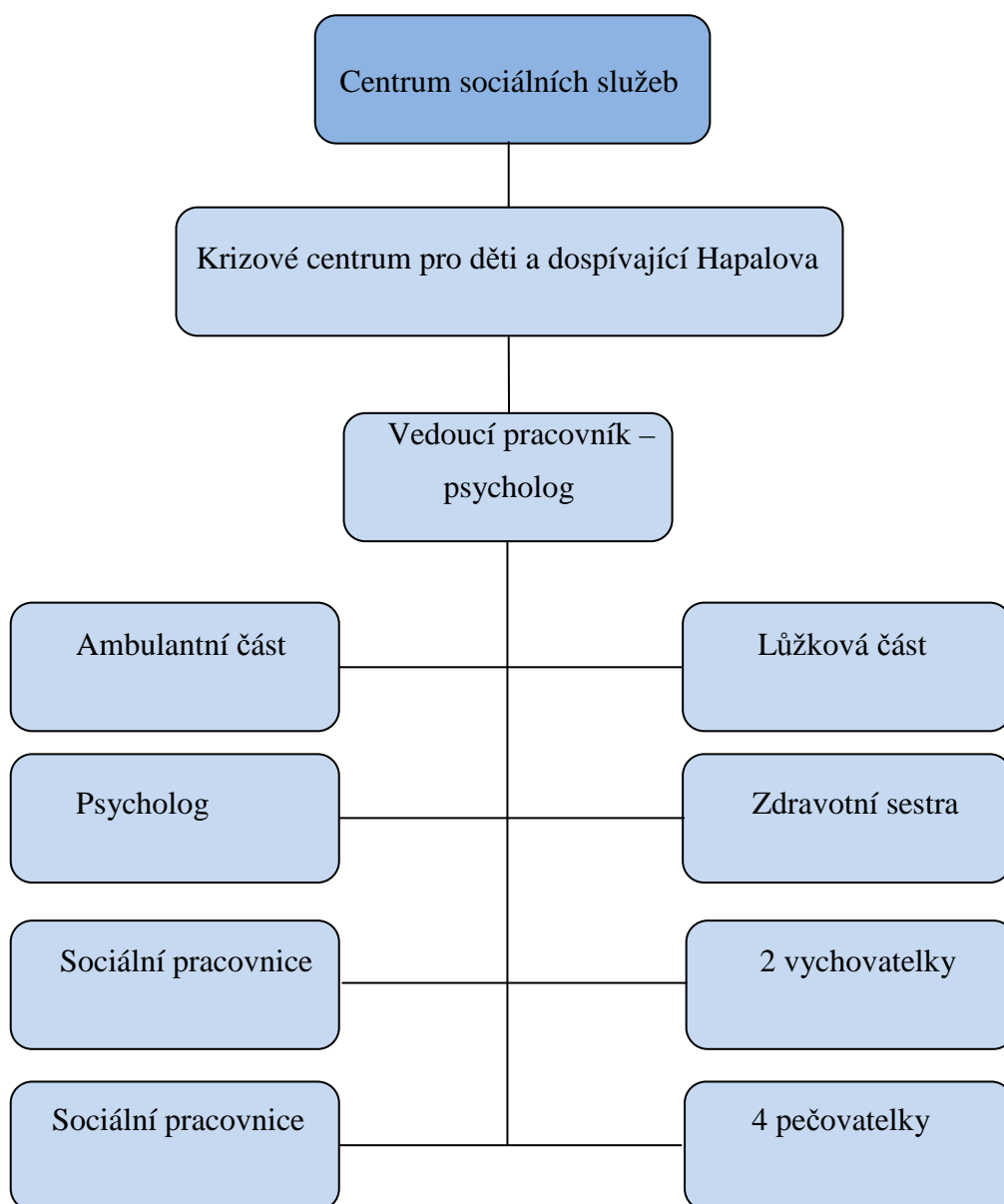
KC spolupracuje s orgány státní správy, zejména OSPOD, zdravotnickými, telefonními krizovými linkami, policií, instituce v oblasti sociální prevence: azylové domy, domovy pro matky s dětmi a jinými státními i nestátními organizacemi činnými v sociálně právní ochraně dětí.

Provoz ambulantní části KC je od 8 do 20 hod mimo sobotu a neděli. Je zajištěn interními odbornými pracovníky což jsou 2 psychologové a 2 sociální pracovnice. Externími pracovníky – odborný pracovník manželské a rodinné poradny.

Nepřetržitý provoz lůžkové části KC je zabezpečen zdravotní sestrou, 2 vychovatelkami, a 4 pečovatelkami.

KC pro děti a dospívající je zařízení vyžadující okamžitou pomoc a řídí se platnou úpravou zákona č.359/199 sb. Paragraf 42 o sociálně právní ochraně dětí a ve znění pozdějších předpisů. Zřizovatelem KC je Centrum sociálních služeb- příspěvková organizace.

Graf č.6 - Struktura organizace Hapalova⁸²



Statistika organizace

Statistiku lze zde provádět těžce, protože organizace byla vedena do roku 2007 jako Středisko sociální pomoci a krizové centrum s 12 lůžky, kde krizová lůžka byla pouze 2 a zbylých 10 lůžek patřilo stanici pečovatelské služby.

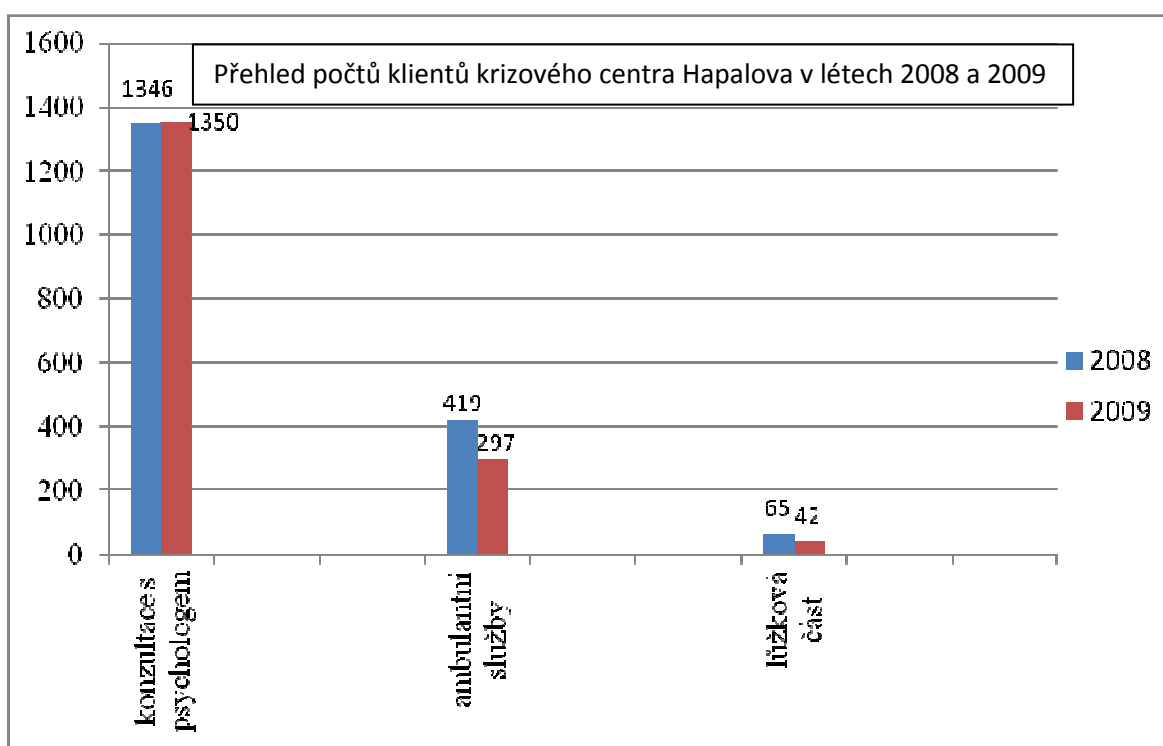
⁸² vlastní práce autorky

Roční výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí za rok 2006,

Zařízení odborného poradenství pro péči o děti počet klientů 260. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (kapacita 2) počet klientů 50, stanice pečovatelské služby měla 50 klientů.

V roce 2007 na krizovém pobytu bylo 114 klientů. Stanice pečovatelské služby 72 klientů. Ambulantní služby využilo 187 klientů.

Graf č.7 - Počet klientů v krizovém centru Hapalova za roky 2008, 2009⁸³



V roce 2008 v lůžkové části bylo 65 klientů. Ambulantní služby využilo 419 klientů, proběhlo 1346 konzultací s psychologem.

V roce 2009 v lůžkové části bylo 42 klientů, ambulantní služby využilo 297 klientů, proběhlo 1350 konzultací s psychologem.

Počet nových klientů v lůžkové části, klesá z toho důvodu, že tu někteří klienti zůstávají dlouhou dobu. Někdy je to i déle než 2 roky. Je to způsobené protahováním soudů,

⁸³ vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

vyšetřováním, například na znalecký posudek ohledně sexuálního zneužití se čeká i půl roku. Dále pak dochází k odvolání ze strany rodičů a soudy se protahují. Dítě pak tráví v krizovém centru třeba i roky, místo, aby bylo umístěno zpět do rodiny nebo do jiné alternativní instituce.

Den v DKC Hapalova

V DKC Hapalova jsem byla na sociální praxi na podzim roku 2009. Během své praxe jsem se setkala s velmi pozitivním přístupem personálu, který mne zasvětil do vlastní činnosti DKC, umožnil mi přístup k materiálům včetně dokumentace zařízení. Díky tomu jsem měla dobrou možnost poznat chod celé organizace. V DKC vládne příjemná atmosféra. Středisko se skládá ze tří kaskádovitě postavených přízemních budov, které jsou vzájemně propojeny. Objekt je oplocen směrem do zahrady, kterou klienti využívají k volnočasovým aktivitám. Zahrada je vybavena tak, aby vyhovovala potřebám dětských klientů – dětské prolézačky, pískoviště, v létě bazének. Klienti zde také mohou provádět ergoterapii, úklid zahrady, pečovat o rostliny. Další výhodou střediska je výtvarná dílna, kde každý týden mají klienti možnost pracovat s různými typy výtvarných technik s dobrovolnou lektorkou výtvarné výchovy (poznámka: dcera sociální pracovnice). Výrobky klientů pak zdobí celé středisko.

První dny své praxe jsem trávila v ambulantní části. Ambulantní část se skládá ze dvou kanceláří pro sociální pracovnice, malinké čekárny pro klienty, dvou pracoven pro psychology. Jedna pracovna je spojena s vyšetřovací místností se zrcadlovým sklem. Využívá se v případě výsledků klientů s policií za přítomnosti psychologa a sociální pracovnice. Je zde také prádelna a sociální příslušenství pro ambulantní provoz. Zde jsem pracovala se spisovou dokumentací, seznamovala jsem se s dokumentací a s prací sociální pracovnice. Chod střediska je zajištěn v týdnu tak, aby na ranní i odpolední směnu byl jeden psycholog a sociální pracovnice. Měla jsem možnost účastnit se intervize. Intervize zavedl nový vedoucí střediska. Kolem 13. hodiny se schází personál zařízení, aby probíral denní činnost centra, popřípadě řešil problémy klientů. Každý z personálu se má možnost k problémům vyjádřit a vzájemně se domluvit na dalším postupu řešení.

Lůžková část má svůj vlastní řád a chod. Skládá se z 6 pokojů pro klienty, z herny, jídelny propojené s kuchyní, sociálním zařízením, úklidové místnosti. Je zde také pracovna pro „tety“, tak se oslovuje personál lůžkové části. Strava je zde dovážena z jídelny sociálních

služeb. Tety pracují v nepřetržitém provozu, střídají se v 12 hodinových směnách. Pokud to lze, tak v týdnu na denní směnu chodí po dvojicích. Noční a víkendový provoz zvládají po jedné. Náplň jejich práce je velmi náročná, musí zvládat celodenní činnosti dětí různého věku, ale hlavně také děti s různými problémy. Po dobu mé praxe zde byly děti ve věku od 2 let do 17 let. Tety zajišťují také praní oblečení klientů, ložního prádla. Na stanici jsou dvě vychovatelky, které mají klienty rozdělené na poloviny. Vychovatelky píšou týdenní plány aktivity každého klienta, spolupracují se školou klienta, zajišťují kroužky. Každý týden píšou týdenní hodnocení klienta. Zdravotní sestra sestavuje plán služeb personálu lůžkové části a stará se o zdravotní stav dětí, kromě běžných povinností tet. Ostatní tety jsou v roli pečovatelek. Běžnou povinností tet je ráno budít děti, pomáhat jim s hygienou, chystat snídaně, svačiny pro školní děti. Je - li třeba tak mladší školní děti odvádějí do školy. Starší děti dojíždějí sami. Tety plní dopolední program činností s dětmi předškolního věku, chystají svačiny, jdou s dětmi na procházku. V poledne chystají oběd pro děti, úklid kuchyně, pokojů je samozřejmostí. A to už přicházejí školní děti, které dostanou oběd, pak mají chvíli odpočinku, než je čeká školní příprava pod dozorem tet. Odpolední činnost spočívá v přípravě do škol, procházky s mladšími dětmi, či činnost na zahradě nebo nedalekém hřišti. Popřípadě doprovodu dětí do kroužků. Během dne jsou také naplánovány konzultace klientů s psychologem. Konzultace v lůžkové části s psychologem probíhají jednou týdně, dle potřeb klienta i častěji. V 18 hodin dostávají děti večeři, provádějí osobní hygienu, mají osobní volno. Tety ukládají menší děti ke spánku kolem 19:30 hod, to už provádí noční služba. Noční služba přebírá klienty v 18 hod, ukládá děti ke spánku, kontroluje úklid herny, kuchyně. Děti mají noční klid, teta pere, žehlí a uklízí prádlo klientů. Zklidňuje noční děsy, kontroluje děti.

O víkendech mívají klienti naplánované výlety do okolí, návštěvy různých akcí. Vše se musí kloubit s přáním a věkem klientů, s návštěvami a propustkami. Povolení na víkend k rodičům či příbuzným dává vedoucí střediska po dohodě s příslušnou sociální pracovnící OSPOD. V pátek a sobotu může být noční klid výjimečně prodloužen o 1 hod. Režim dne v příloze č.2

Dokumentace klientů byla prostudována, avšak kasuistiku nemůžeme uvádět, z důvodu ochrany dat klientů. Jakékoliv informace o klientech jsou zakázány. V době mé praxe byla lůžková část plně obsazena. Byli zde klienti z důvodů ekonomicko-sociálních, z výchovných, a se syndromem CAN. Práce s klienty byla velmi zajímavá a pro mou práci

přínosná. Udržet si odstup od problémů těchto dětí vyžaduje velkou psychickou odolnost a sílu. Z rozhovoru s personálem jsem zjistila, že někteří klienti se silně fixují na tety. Proto je velmi důležitá intervize i supervize. Intervize zde funguje pravidelně. Supervizi měli pracovníci střediska zatím jen jednou. Někteří vyjadřovali spokojenost, druzí zase nespokojenost, prý jim nepřinesla vyžádaný cíl, spíše pracovníky rozdělila do dvou skupin. Pracovníci jsou proškoleni v krizové intervenci, v případě potřeby ji provádějí přes telefonickou linku. Dle mých dotazů tuto telefonní činnost provádějí zřídka. Práce v DKC byla velmi zajímavá a spolupráce se všemi zaměstnanci byla velmi dobrá a vstřícná.

7. VÝZKUM

V rámci výzkumné části diplomové práce, byly realizovány rozhovory s vedoucími pracovníky DKC Spondea a Hapalova a dále se sociální pracovníci DKC Hapalova. Současně byla provedena anketa u veřejnosti občanů města Brna.

Na získání a zpracování faktů byla aplikována metoda řízeného rozhovoru. Při výběru informantů byli požádáni o spolupráci zaměstnanci DKC Spondea a Hapalova. Oslovila jsem tři zaměstnance, vedoucí DKC a sociální pracovníci. Dále jsem si provedla vlastní anketu „informovanosti občanů o DKC“. Respondenti průzkumu byli náhodně vybráni z řad obyvatel města Brna.

7.1 Cíle výzkumu, stanovení hypotéz

Cílem výzkumu bylo zmapovat, zda jsou DKC v Brně využívána, jaké služby nabízejí a kdo tvoří jejich cílovou skupinu. Dále zjistit, jaké mají občané města Brna povědomí o existenci DKC a zda znají konkrétní zařízení.

Byly stanoveny hypotézy:

Hypotéza č. 1 *Domníváme se, že více jak polovina respondentů zná poslání DKC.*

Hypotéza č. 2 *Domníváme se, že více jak polovina respondentů má povědomí, kde se nachází určité DKC v městě Brně.*

7.2 Metodologie výzkumu

Při výzkumném šetření byla použita metoda standardizovaného rozhovoru, která se zaměřila na cílovou skupinu klientů, nabízené služby, organizační členění DKC ambulantní a lůžkovou část, jakou činnost každé oddělené obnáší, na spolupráci DKC s jinými organizacemi.

Metodu rozhovoru můžeme dle pružnosti rozdělit na nestrukturovaný rozhovor, kdy tázaný (pro kterého se užívá pojem informant) má volnost výběru témat, rozhovor není předem naprogramován. Smyslem tohoto rozhovoru je navázání kontaktu výzkumníka se zkoumanou osobou, její hlubší poznání a neformální zjištění informací. Dále jej dělíme na polostrukturovaný a strukturovaný rozhovor, při kterém získáváme záměrným způsobem informace od informanta. Smyslem je získat odpovědi na předem připravený soubor otázek. Protože nejde o diagnostický rozhovor, který se týká konkrétního jedince, ale o výzkumný rozhovor, realizujeme jej při použití stejných otázek pro celý soubor informantů. Otázky strukturovaného rozhovoru musí splňovat několik podmínek.

Musí být srozumitelné – informant musí otázkám rozumět (přednost mají otázky stručné, s menším počtem slov, protože jsou průhlednější než složitá souvětí), dále pak musí být neutrální a formulace otázek by měla být stálá pro všechny rozhovory s určitým souborem respondentů. Často i jiný slovosled nebo použití jiného výrazu mohou mít za následek různé odpovědi.⁸⁴ Strukturovaný rozhovor má několik variant, lišících se od sebe mírou standardnosti. Může jít o standardizovaný rozhovor, při kterém potupujeme přesně podle předem vypracovaného schématu. Tento rozhovor musí obsahovat jistý počet otázek, které předkládáme ve stejném sledu i formě. Tento typ rozhovoru je velmi blízký dotazníkovým metodám. Dále rozlišujeme volný rozhovor, který směřuje ke konkrétnímu cíli, cesty a prostředky k jeho dosažení však nejsou předem stanoveny. Posledním typem je polostandardizovaný rozhovor, kdy záměr a cíl rozhovoru je pevně stanoven, ale uvolňuje se taktika vedení. Není nutné dodržet formaci a pořadí otázek, je však nutné dotknout se všech předem stanovených oblastí. Během rozhovoru se využívá seznam předem připravených okruhů otázek.

⁸⁴ Pelikán, J., *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*, Praha :Karolinum, 1998

Můj výzkum byl realizován za pomoci kvalitativní strategie, která nám umožnila odhalit a porozumět tomu, co je podstatou jevů, o kterých toho ještě moc nevíme. Při kvalitativním výzkumu také dochází ke sblížení se zkoumanými osobami, získáváme informace o jejich názorech, postojích, přáních, obavách a k lepšímu pochopení konkrétní situaci, proto jej považuji pro svou práci za vhodnější než výzkum kvantitativní. Sběr dat proběhl za využití techniky standardizovaného rozhovoru.

Podkladem pro standardizovaný rozhovor byl připravený soubor základních otázek, které se rozvíjely na dané téma. Snahou bylo, aby otázky měly nějakou posloupnost a postupně jsem postupovala ke konkrétnímu tématu, které se týkalo mé práce.

Sběr dat proběhl v období říjen 2009 až leden 2010. V rámci rozhovoru mi byl umožněn osobní kontakt se zkoumanými osobami a zároveň i hlubší porozumění dané problematiky. Měla jsem možnost poznat dvě krizová centra, jejich činnost, klienty i personál.

Anketa

Pro zpracování ankety byl vytvořen dotazník skládající se z pěti otázek. Tři otázky se týkaly respondentů a dvě dětských krizových center. Pro zpracování výzkumného šetření jsem stanovila hypotézy. Získaná data se dají jednoduše zpracovat. Otázky v anketě viz příloha č.6 .

Následně jsem data graficky zpracovala a slovně v diskusi doplnila. Sběr dat proběhl v měsíci říjnu v Brně na ulici Česká v roce 2009.

7.3 Vlastní výzkumné šetření

Vlastní šetření bylo rozděleno do tří fází. V první fázi A byli osloveni náhodně vybraní občané města Brna prostřednictvím ankety. Snahou bylo zjistit, jaká je informovanost o dětských krizových centrech v Brně.

V druhé fázi B byli provedeny rozhovory s vedoucím a sociálním pracovníkem DKC. První rozhovor byl veden s vedoucí DKC Spondea, která zároveň pracuje jako sociální pracovnice tamtéž. Rozhovor se uskutečnil v DKC Spondea v lednu roku 2010.

Druhý rozhovor byl realizován s vedoucím DKC Hapalova, který zde pracuje také jako psycholog. Rozhovor byl proveden v říjnu roku 2009. Třetí rozhovor je rozhovor se sociální pracovnící DKC Hapalova, tento proběhl v listopadu roku 2009.

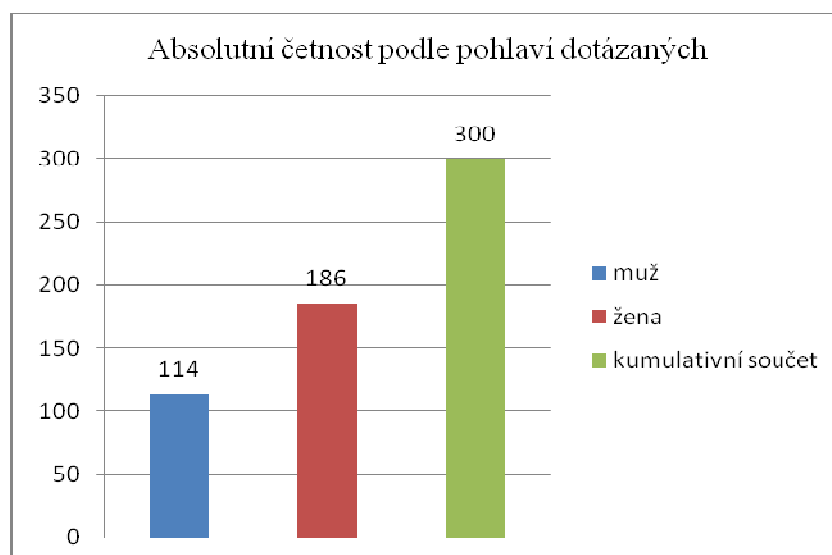
V třetí fázi C byl záměr uvést kazuistiky z dětských krizových center, které mi bohužel nebyly umožněny uvést, v rámci ochrany osobních údajů dle zákona 101/2000 Sb. *ve znění pozdějších předpisů*. V příloze č.5 jsou uvedeny příběhy dětí S DKC Spondea.

A. Anketa u občanů města Brna

1. Pohlaví dotazovaných

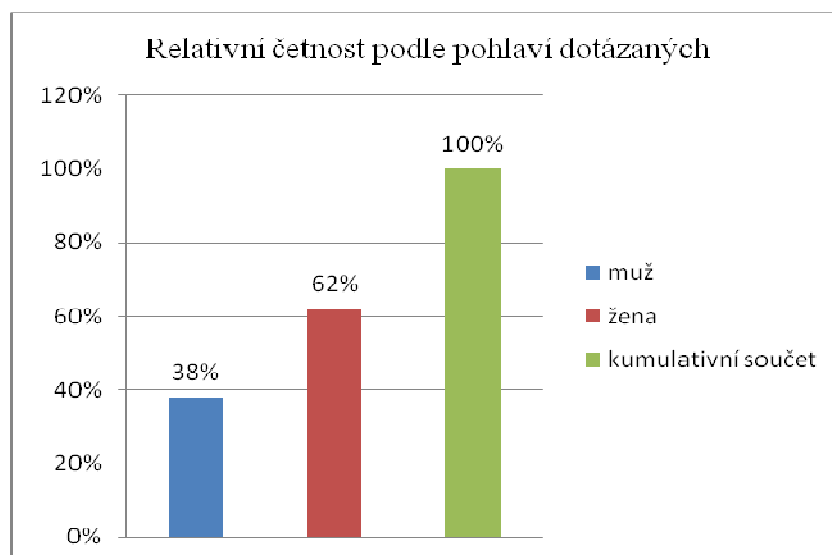
V anketě bylo osloveno 300 náhodných občanů města Brna, 114 mužů a 186 žen. Respondentům bylo položeno pět otázek.

Graf č. 8⁸⁵



Ne všichni z dotázaných občanů města Brna byli ochotni odpovědět na anketu. Dotázaných bylo mnohem víc než 300, větší spolupráci při tvoření ankety projevily dotazované ženy.

Graf č. 9⁸⁶



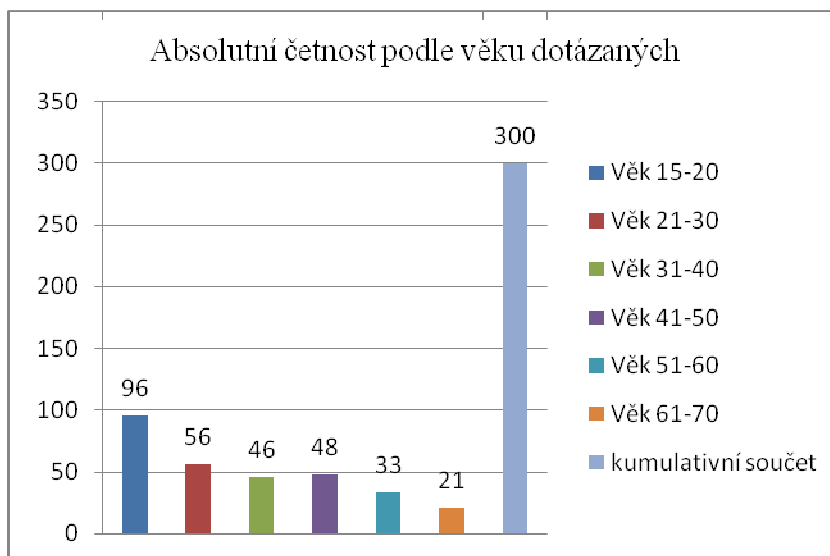
S 62% byly mezi odpovídajícími v převaze ženy proti na anketu odpovídajícím mužům.

^{85,86} vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

2. Věkové složení

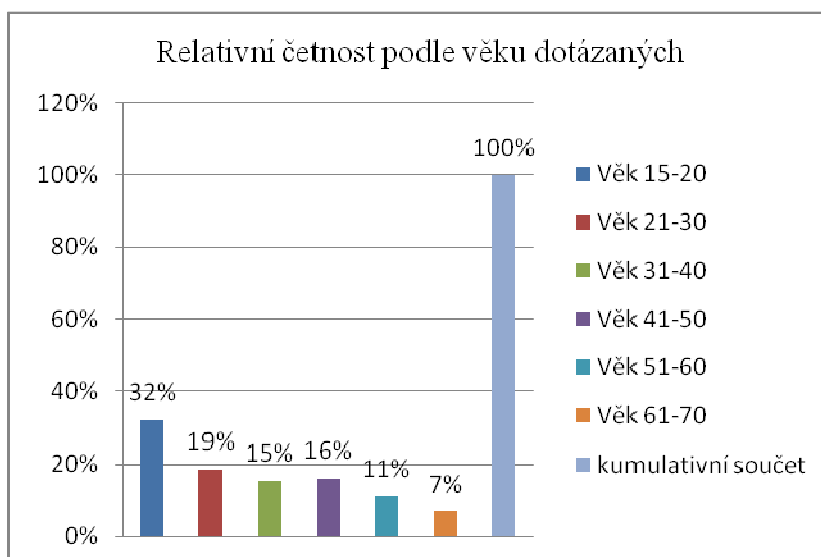
Ve věku 15-20 let bylo osloveno 96 respondentů, ve věku 20-30 let bylo osloveno 56 respondentů, 46 respondentů bylo ve věkovém rozmezí 30-40 let. Ve věkovém rozdílu 40-50 let bylo osloveno 48 respondentů. Ve věku 50-60 let bylo osloveno 33 respondentů. Ve věku 60-70 let bylo osloveno 21 respondentů.

Graf č. 10⁸⁷



Záměrem bylo, aby se anketa dotkla minimálně z 30% občanů ve věku 15-20 let, jichž se má práce týka především, zbylých 70% mělo být úměrně rozděleno do dalších věkových kategorií.

Graf č. 11⁸⁸



^{87,88} vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

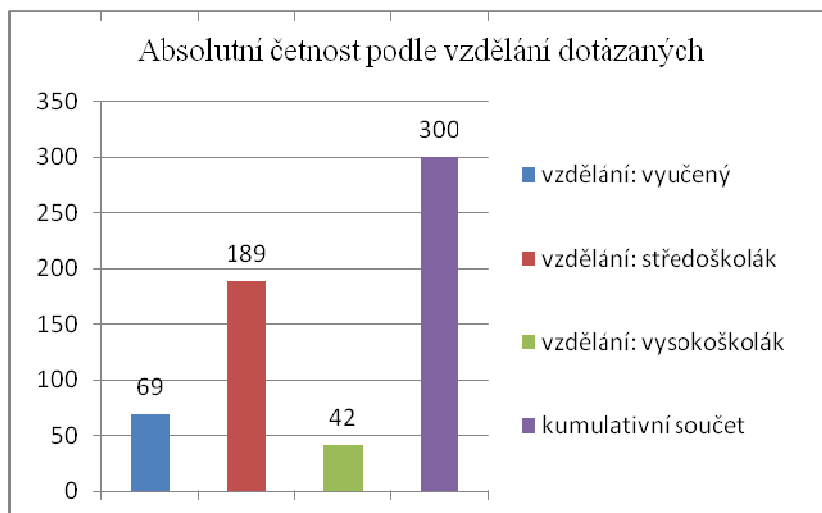
3. Vzdělání

U dotazovaných převládalo středoškolské vzdělání 189 probandů.

Vyučených bylo 69 probandů.

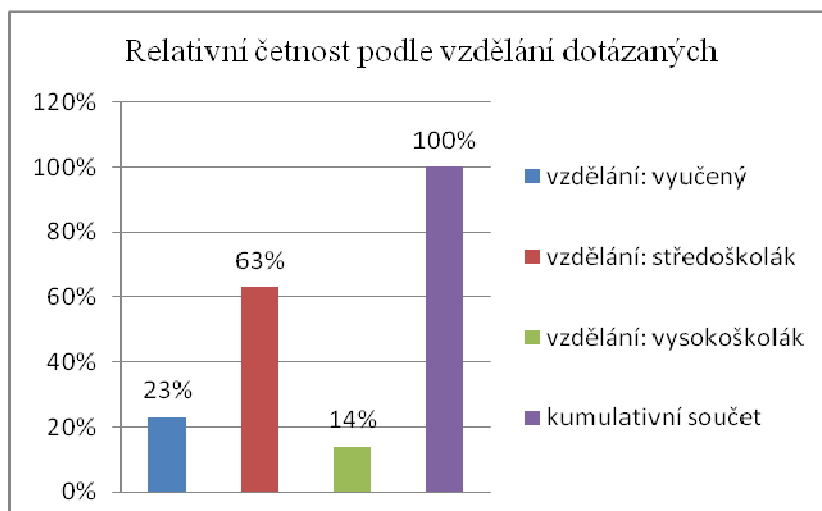
Vysokoškolské vzdělání mělo 42 probandů.

Graf č. 12⁸⁹



Cílem ankety bylo oslovení náhodných občanů města Brna, nikoliv umělá selekce podle vzdělanosti. Relativní i absolutní vyjádření četnosti dotázaných podle vzdělání ukazuje na ochotu spolupráce při odpovědích této ankety především středoškolské populace.

Graf č. 13⁹⁰



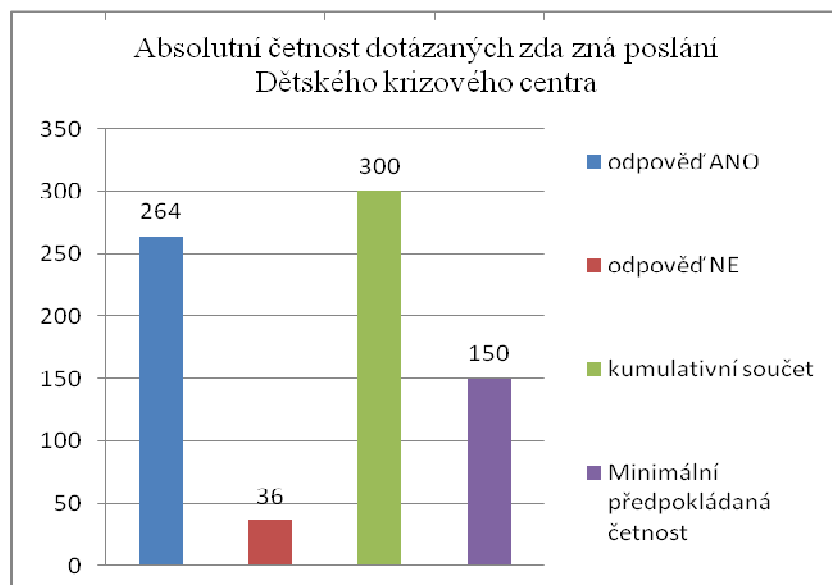
^{89,90} vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

Hypotéza č. 1 *Domníváme se, že více jak polovina dotazovaných zná poslání DKC.*

4. Znáte poslání dětského krizového centra?

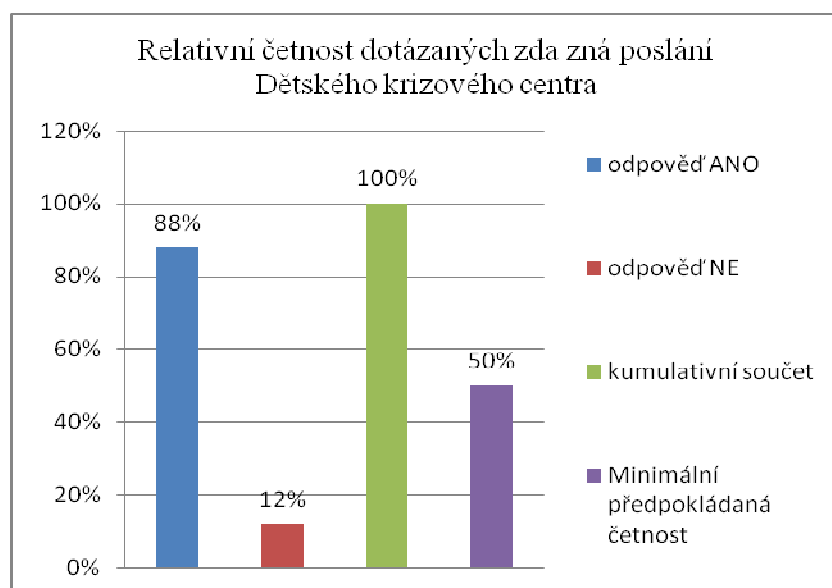
Táto otázka č.4 se přímo vztahovala k hypotéze č. 1. Kladně odpovědělo 264 respondentů, záporně 36 respondentů.

Graf č. 14⁹¹



Hypotéza potvrdila, že víc jak polovina dotázaných zná poslání Dětského krizového centra.

Graf č. 15⁹²



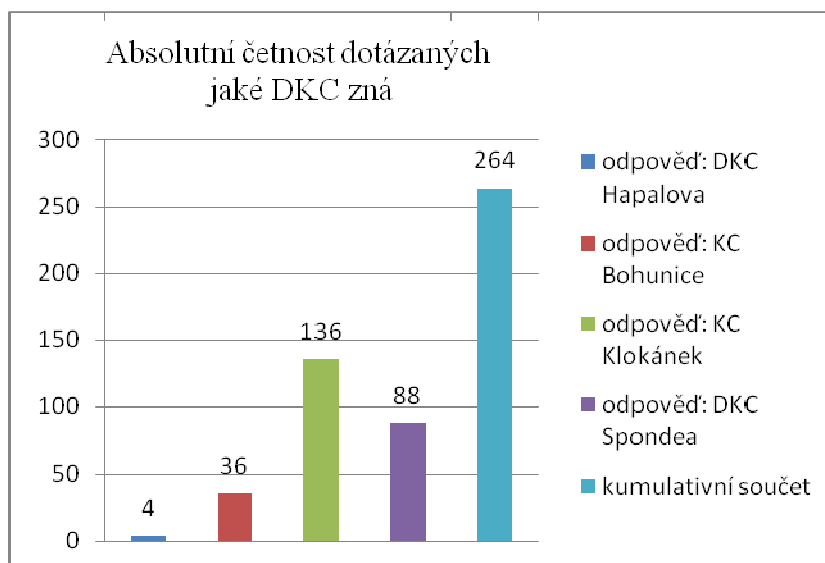
^{91,92} vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

Hypotéza č. 2 *Domníváme se, že více jak polovina občanů ví, kde se nachází určité DKC v městě Brně.*

5. Znáte v Brně nějaké DKC, kde se nachází?

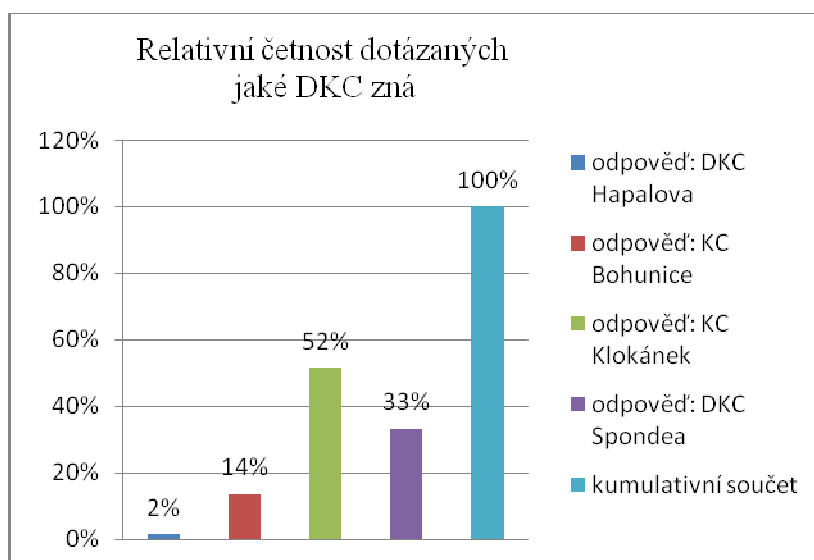
K této hypotéze se vztahovala otázka č. 5. Tato otázka byla kladena již jen 264 probandům, kteří odpověděli „ano“ na otázku č.4, zda znají poslání DKC.

Graf č. 16⁹³



Hypotéza se potvrdila 136 probandů zná KC Klokánek. 88 probandů zná DKC Spondea, 36 probandů zná KC při FN Bohunice a jen 4 probandů znají DKC Hapalova.

Graf č. 17⁹⁴



^{93,94} vlastní práce autorky, informace zjištěné po dobu praxe v DKC Hapalova – říjen 2009

B. Rozhovory s vedoucím pracovníkem DKC a sociální pracovnící

Ve druhé fázi byly realizovány rozhovory se třemi pracovníky DKC. První byl veden s vedoucí pracovnící DKC Spondea a zároveň sociální pracovnící, zkratka V.S. Druhý byl veden s vedoucím pracovníkem DKC Hapalova, zkratka V.H. a třetí se sociální pracovnící DKC Hapalova, zkratka S.P.H.

Viz - Příloha č.3 soubor otázek pro standardizovaný rozhovor

1. Jak dlouho zastáváte zvolenou profesi?

- V.S. Ve funkci sociální pracovníce jsem 3 roky. Ve funkci vedoucí KC 1,5 roku.
V.H. Sedm roků jako psycholog a jeden rok jako vedoucí DKC.
S.P.H. V DKC 8 let.

2. Praxe v oboru dotazovaného pracovníka?

- V.S. 4 roky praxe.
V.H. Sedm roků praxe psychologa, tři roky předtím dobrovolnické praxe v oboru.
S.P.H. 10 let jsem pracovala jako vychovatelka, 5 let jako personalistka, 2 roky jako odborná referentka, 10 let jako sociální pracovníce ve výzkumu.
V DKC Hapalova jsme od roku 2002 jako sociální pracovníce

3. Věk dotazovaného pracovníka?

- V.S. 33 let.
V.H. 32 let
S.P.H. 55 let

4. Vzdělání dotazovaného pracovníka?

- V.S. VŠ obor sociální pedagogika a rodinná výchova
V.H. Vysokoškolské – psycholog
S.P.H. SŠ – gymnázium, Odborná škola sociálně právní, Nyní studuje VŠ obor sociální pedagogika

5. Proč jste si toto povolání vybral/a?

- V.S. Práce ve Spondei byla náhoda, po škole jsem pracovala v diagnostickém ústavu na Hlinkách v Brně. Pak jsem nastoupila na mateřskou. Po ukončení mateřské jsem vyhrála výběrové řízení zde, na místo sociální pracovníce. Ve funkci vedoucí DKC jsem rok.
- V.H. Shoda okolností, po dokončení studia jsem měl více nabídek a tato mě zaujala nejvíce.
- S.P.H. Práci jsem si vybrala z tohoto důvodu, že zde bude vidět vstup i výstup mé práce, budu vědět co se s dětmi děje. Ve výzkumu nebylo vidět co se s dítětem stalo, konkrétní pomoc jak dítěti tak rodině.

6. Pociťujete naplnění seberealizace?

- V.S. Určitě, ano. Ale teď jsem si schopna přiznat, že ta práce je velmi náročná na psychiku, že je při ní potřeba supervize. Dříve jsem byla plna idejí pomáhat, nyní vidím, že vše nejde tak lehce, jak by mělo jít. **Máte tedy supervize?** Ano, při našem povolání je třeba inter- i supervize. Máme je u nás pravidelně.
- V.H. V roli psychologa ano, v roli vedoucího pracovníka ne.
- S.P.H. Ano

7. Jaké služby nabízí vaše DKC?

- V.S. Naše středisko nabízí službu krizová pomoc, ta služba je pro děti a mládež do 18 let a pro studující do 26 let. Spadá k ní od ledna 2010 také pomoc na telefonní lince. Pomoc dělíme na ambulantní a pobytovou.
- Ambulantní – telefonická, konzultační s psychology a sociálně-právní poradenství se sociálními pracovníci, je zde internetové poradenství prostřednictvím linky důvěry, poradenství prostřednictvím chatu.
- Pobytová služba – zde nabízíme krizová lůžka jak pro nezletilé klienty, tak i pro zletilé klienty do 26 let. Když k nám přijdou klienti nezletilí na pobyt, tak je pak zařazujeme pod službu pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle sociálně právní ochrany dětí.
- Další službou, kterou nabízíme, je služba sociálně-aktivizační. Jedná se o službu pro celé rodiny. Je bez pobytu, řeší rozvodové problémy,

asistovaná setkání. Pořádáme výchovné aktivizační činnosti – přednášky pro ZŠ a SŠ, rodinná terapie, mediace.

V.H. Z obecného hlediska dělíme služby na ambulantní a lůžkové. Ambulantní – psychologické, sociální. Lůžkové – ty jsou komplexní, zahrnují celodenní péči o klienta. Detailní rozdělení poradenství v oblasti sociální, psychologické, psychoterapie, diagnostika – detekce týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí. Spektrum práce je široké máme zde první kontakt s klienty, kteří sem přichází s nejrůznějšími obtížemi, nabízíme celé spektrum psychologických služeb a poradenství, zprostředkované kontakty. Psychoterapie je okrajová záležitost, chodí sem méně klientů na pravidelnou psychoterapii.

S.P.H. Naše středisko nabízí služby ambulantní i lůžkové. Co se týká ambulantní složky, tak nabízíme psychologické poradenství u problémových dětí, různé typy služeb týkající se rozvodů – před i po rozvodové vztahy rodičů s dětmi, asistované kontakty, krizovou intervenci, sociální poradenství. Lůžkové – ty jsou komplexní, zahrnují celodenní péči o klienta. Máme zde klienty ze sociálních důvodů, to znamená, že se nejčastěji ocitli s matkou na ulici, matka je k nám přivede na vlastní žádost. Klienti jsou u nás ubytováni, je jim poskytována 24hodinová péče po všech stránkách. Patří sem také klienti přijati z důvodů výchovných, dále děti týrané, zneužívané. Všem je poskytována psychologická péče, poradenská, hmotná a vychovatelská.

8. Kdo je klientem DKC?

V.S. Klientem je dítě od narození do 18 let a studenti do 26 let.

V.H. Jsou to děti od narození do 18 let, dále pak jejich rodiče, členové rodiny, osoby blízké. Podstatné jsou děti, ale ty nežijí ve vzduchoprázdnu, jsou v rodině, ve škole, všichni co mají co do činění s dětmi, ať už mají vztah formální či neformální. Máme opakované konzultace s rodiči, pokud o to stojí. Spolupracujeme se školou, s policií a soudy.

S.P.H. Jsou to děti od narození do 18 let, dále pak jejich rodiče, členové rodiny, osoby blízké.

9. Jaká je kapacita v lůžkové části, je dle Vašeho názoru dostačující?

V.S. Máme k dispozici 8 lůžek, tři samostatné pokoje, kde jsou 2 lůžka krizová a 6 lůžek pro okamžitou pomoc. Někdy máme jeden pokoj vyčleněný pro maminky s dětmi, týká se to matek, které se na nás obrátily o pomoc při domácím násilí. *Myslíte si, že ty lůžka jsou dostačující?*

Někdy ano, někdy máme přeplněno. Naším cílem, je ale to, aby situace byla řešena tak, aby klient byl co nejrychleji ve stabilním prostředí.

V.H. Kapacita je 12 lůžek, je to tak akorát, co zvládneme s ohledem na prostory, které máme k dispozici, a počet zaměstnanců. (Poznámka: Pracují zde 2 psychologové, 2 sociální pracovníce a 5 vychovatelek.) Vzhledem k prostorům by bylo lepší zmenšit počet na 10 lůžek, aby měly děti počítačovou místnost a větší hernu.

S.P.H. Kapacita je 12 lůžek. Myslím si, že není dostačující. Možná by byla dostačující pro klienty se syndromem CAN, ale u nás přijímáme klienty podle zákona 359, což pro nás znamená přijmout dítě v nouzi, a to i z ekonomických důvodů a sociálně slabých rodin. Někdy se nám stává, že musíme odmítnout klienty z důvodu obsazenosti lůžkového oddělení. Problém je v tom, že zde někteří klienti pobývají dlouhou dobu, nevyjímaje i roky. (Poznámka: Při mé praxi jsem se setkala s jednou klientkou, která zde pobývala již téměř tři roky.) Na základě předběžného opatření přijmeme klienta, pak dochází k prodlužování vyšetřování a soudů, dále odvolání ze strany rodičů a dítě je stále zde .

10. Kdo rozhoduje o přijetí klienta do DKC?

V.S. O přijetí na pobyt většinou rozhoduje sociální pracovníce, která je na službě. Sporné případy, možné zneužití služby řeší vedoucí pracovník nebo ředitelka Spondei. Žádost o přijetí může podat dítě, rodič, sociální pracovník, škola, lékař.

V.H. Já, vedoucí pracovník. Žádost o přijetí může podat dítě, rodič, sociální pracovník, policie, soud. Ale o přijetí vždy rozhoduje vedoucí pracovník DKC.

S.P.H. Vedoucí pracovník. O přijetí může zažádat dítě, rodič, sociální pracovník, policie, soud.

11. Co je důvodem k odmítnutí? V jakých případech dochází z vaší strany k odmítnutí klienta?

V.S. Není to cílová skupina, příklad u matky s dětmi, která přišla o byt, ta patří do domu pro matky s dětmi a ne sem. K nám patří matky s dětmi s prokázaným domácím násilím. Matce nabídneme, že jí zde ubytujeme děti, pokud si ona sama nezajistí bydlení. U zletilých klientů je to opilst, intoxikace návykovými látkami, afekty – psychiatričtí pacienti, ty odesíláme do krizového centra na psychiatrii v Bohunicích.

V.H. Nejčastější důvod odmítnutí je plno. Dále sem nepatří děti, které nemají z pobytu prospěch, jsou to děti vážně nemocné, fyzicky postižené – není zde bezbariérový přístup. Duševně nemocné, problémové děti – agresivní, “útěkáři“, děti pod vlivem drog. Nejsme detekční pracoviště, nemáme zde mříže, zabezpečené vchody. Bere se také ohled na kolektiv. Jsou tedy určité kontraindikace k přijetí, které musím dodržet, a to s ohledem na kapacitu objektu a dětí. Snažíme se, aby byly co nejmenší kontraindikace, k nám také přecházejí klienti z jiných zařízení, které jim již z různých důvodů nevyhovuje (Spondea, Klokánek, nemocnice).

S.P.H. Nejčastějším důvodem odmítnutí je, že máme obsazeno. Dále sem nepatří klient, který není vhodný do našeho zařízení. To jsou drogově závislí nebo věční útěkáři. Naše zařízení na tyto klienty není zařízeno, nemáme zde zabezpečení.

Nastal někdy problém, že jste museli odmítnout klienty z kapacitních důvodů?

V.S. Ano, ale je to velmi zřídka, bývá to v určitých obdobích. U nás to poslední roky bylo v srpnu, v září a říjnu, celkově to bývá hodně o prázdninách, kdy se rodiče nestarají o děti. Týká se to u nás i dětí cizinců.

V.H. Ano, stává se to.

S.P.H. Ano, právě nyní jste to slyšela. Lůžková část je plná a my nemáme kam klienta uložit. Bývají období, kdy je plno a jindy zase volná místa máme.

Když tedy máte problémové dítě, jak to řešíte? Kam ho umístíte?

V.S. Zde je důležitá okamžitá součinnost se sociální pracovníci a po dohodě s ní pak dítě přechází do diagnostického ústavu nebo jiného vhodného zařízení.

V.H. Záleží na klientovi, zda mu lze domluvit, zda má zájem o pomoc a spolupráci. V případě nutnosti posíláme klienty do diagnostického zařízení..

S.P.H. Klient je rozhodující, jestliže se situace nedá zvládat zde je převeden do diagnostického zařízení. Snažíme se o to, aby to nebylo třeba.

12. Jaké případy nejčastěji řeší DKC v ambulantní části? Můžete je rozdělit dle závažnosti a četnosti?

V.S. Nejčastěji řešíme dětské případy rodinné problematiky, dále pak osobní problémy, syndrom CAN, poruchy chování, sociálně právní- výchovné, školní problémy, vztahové problémy, žádosti o azyl.

V.H. Nejvíce řešíme opatrovnické spory o děti, je to asi jedna polovina klientely. Dále jsou to případy CAN děti traumatizované vnějšími okolnostmi jako je zanedbávání, týrání, zneužívání, dítě bylo svědkem nepřiměřené události, trestní činnosti. Jedna čtvrtina domácí násilí. Nerozlišené případy – osobní problémy, sexuální identita, chování dítěte – zlobení, které přesahuje určitou míru. Traumatizace – raná separace, příklad matka je nemocná dlouhodobě, dítě je v péči někoho jiného, péče je nedostatečná. U dospívajících jsou to závažné osobní problémy, partnerské potíže, školní je to pestrý soubor problémů.

S.P.H. Výchovné problémy, předrozvodové a porozvodové vztahy, záškoláctví, asistované setkání. Děti týrané a zanedbávané.

13. Jaké případy nejčastěji řeší DKC v lůžkové části? Můžete je rozdělit dle závažnosti a četnosti?

V.S. Nejčastěji zde řešíme dětské klienty s problémem zanedbávání a týrání na žádost OSPOD, v menším případě na žádost rodičů, ojedinelé na žádost psychiatra, který doporučil pobyt mimo rodinu. Jedná se o klienty, kteří jsou v rodinách týraní, zanedbávání, rodiče jsou alkoholici nebo drogově závislí. Co se týká sociálně-ekonomických důvodů, není jich tolik. Maminkám navrhuje, že jim děti ubytujeme, ale o to ty matky nestojí. Nechtějí se rozdělit. Tak je pak posíláme do azylového domu pro matky s dětmi. Jestliže dojde k situaci, že matky zde děti nechají a nestarají se, tak se snažíme zapojit rychle sociální pracovníci, která zajistí dítěti patřičný postup, to znamená diagnostický ústav nebo dětský domov. U nás nejsou klienti v dlouhodobé péči. Nemáme k tomu tady ani vhodné podmínky.

V.H. Půl na půl.

Jedná se o problémy ekonomické a týrané, zneužívané, zanedbávané děti. Rodiče k nám děti dávají na doporučení, nebo jsou zde dány OSPODEM.

U ekonomických problémů matky dají sami děti radši sem, než aby šli do azylového domu, který buď bývá plný, nebo zde nechtějí zůstat kvůli partnerovi. V některých případech matky selhávají v hmotném zabezpečení dětí, ale ve výchově neselhávají, ocitly se v nepříznivé životní situaci, na dětech to jde poznat. Většinou však i hmotné selhávání ukazuje problém ve výchově. Druhá část jsou děti odebrané rodičům podezřelým z týrání, zanedbané péče či sexuálně zneužívané, které z různých důvodů nemohou už nadále zůstat v domácím prostředí, kde jsou ohrožené. Může to být jen po dobu vyšetřování nebo i déle, řídíme se zákonem 359.

S.P.H. Děti ze sociálních důvodů, problémy v rodině, ztráta bydlení, výchovné problémy, v poslední době převládají ekonomické problémy, je zde zanedbávání a týrání. Máme tady i sexuální zneužívání.

14. Jaký je systém péče o vaše klienty v ambulantní části?

V.S. Do ambulantní části přichází klienti s problémem, v první řadě se provádí krizová intervence, to je prioritou, pak nastupuje psychologická péče dle potřeb klienta. Většinou probíhá 15 sezení, které jsou takovou základní službou s krizovou intervencí u nás. Psycholog si naplánuje sezení

s klientem, po 5 sezeních se provádí revize, co bylo a nebylo splněno, vyřešeno. Popřípadě se mění zakázka, vyskytl se nový problém, někdy se k sezení zve sociální pracovnice ohledně poradenské činnosti. Dále nabízíme podpůrné terapie, jako je canis terapie, drama terapie, ta je jednou za 14 dní. Rodinná terapie.

V.H. V ambulantní části klienti dochází v určený den i čas k nám do ambulance, kde jsou rozděleni mezi naše psychology (2 psychologové). Zde probíhá konzultace, která trvá 50 minut, nejčastěji jednou za 14 dní. Samozřejmě konzultace jsou podle potřeby klienta. Ambulance funguje od 8 hod do 20 hod denně všední dny. Klienti zde mohou přijít po předešlé domluvě nebo kdykoliv to potřebují.

S.P.H. Do ambulantní části klienti dochází na konzultace v určený den i čas. Zde s nimi sepíše sociální pracovnice anamnézu a dál je předává k psychologovi. Psycholog pak určí dle potřeby délky a trvání konzultací. Máme zde dlouhodobé klienty, kteří potřebují dlouhodobou péči, ale i klienty, kterým stačí jeden či dva kontakty. Ambulance funguje od 8 hod do 20 hod denně všední dny. Klienti zde mohou přijít po předešlé domluvě nebo kdykoliv to potřebují.

15. Jaký je systém o vaše klienty v lůžkové části?

V.S. Každý klient má stanoveného svého klíčového psychologa, který s ním po dobu pobytu pracuje. Na pobytu nabízíme klientům podpůrné terapie, jako je canis terapie, drama terapie, volnočasové aktivity plánují pracovníci na víkendy pro klienty. Klienti zde mají denní režim, kterým by se měli řídit, a každý klient má svůj individuální plán, který se zaměřuje na potřeby klienta. Zde je pravidelná psychologická péče, většinou canis terapie, příprava do školy, předškolní příprava. Když děti chodí do školy, tak se domlouváme s rodiči, aby děti odvezli a pak je zpět doprovodili. Nebo doprovází děti do školy naši pracovníci.

V.H. Lůžková část má 24 hodinový provoz podle zákona 359 po dobu nezbytně nutnou. Pobyt zde může být den nebo i tři roky. Podle toho se samozřejmě liší lůžková péče o klienty. Nejsme primárně výchovná instituce. O klienty se stará 7 tet v nepřetržitém provozu. Snažíme se zachovat režim tak, aby fungoval jako dřív. Pokud to lze, dojíždějí děti do škol v místě bydliště,

navštěvují kroužky, snažíme se udržet kontakt s kamarády. Předškolní děti jsou zde, starají se o ně tety dle plánu činností, který sestavuje vychovatelka. Máme zde týdenní plán činností, který se přizpůsobuje dle potřeb klientů. Je těžké kombinovat zábavu pro dvouleté děti a sedmnáctileté zaráz, dle jejich potřeb. Snažíme se, ať je to podobné běžné rodině, i maminka se stará o děti různé věkové kategorie.

S.P.H. O klienty se stará 7 tet v nepřetržitém provozu. Děti jsou zde umístěny v 6 dvoulůžkových pokojích. Každé má svůj osobní prostor, snažíme se, pokud to lze, dávat sourozence pohromadě na pokoj. Děti zde mají hernu s televizí, počítač, jídelnu, sociální zařízení. V centru je také výtvarná dílna. Snažíme se zachovat režim tak, aby fungoval jako dřív.

Lůžková část má 24 hodinový provoz, podle zákona 359 po dobu nezbytně nutnou. Zákon 359 nikde tuto dobu nespecifikuje, což znamená, že zde jsou děti velmi dlouho. Jestliže jsou zde děti z výchovných problémů nebo s problémy v rodině, tak se pomocí terapie snažíme dítě stabilizovat a vrátit ho zpět do rodiny. Pokud se to nepodaří a prostředí je pro děti už nevhodné, narušené a dítě o návrat už nestojí, tak příslušná sociální pracovnice podává návrh k soudu k předběžnému opatření a ten pak umísťuje děti do jiných zařízení. Větší problém nastává u dětí zde umístěných ze sociálně-ekonomických důvodů. Jedná se o děti, které k nám matky dají na vlastní žádost z důvodu ztráty bydlení. Matky nemají práci, tím pádem peníze na bydlení, nejsou schopny tuto situaci zvládat. Odmítají jít do domovů pro matky s dětmi, ať už z důvodu toho, že odmítají dodržovat nějaký řád, nebo z důvodu neplacení či obsazenosti. Matky zde děti navštěvují, ale mnohdy nemají snahu řešit svou situaci, a tak tady pak děti zůstávají dlouhou dobu. Matky na pokyny nás, sociálních pracovníků, nereflektují, neplatí povinné dávky, přestávají děti navštěvovat. Děti to nesou velmi těžko, protože vidí, že jsou jiní, kteří odsud odcházejí. Někdy se nám stává, že někteří klienti se nám zde vrací opakovaně, mnohdy jsou zde šťastnější a spokojenější než s matkou. Bohužel to ale jejich situaci neřeší, děti potřebují pevné a stabilní zázemí. Někteří tady tedy zůstávají i roky.

16. Kdo ukončuje pobyt klienta v DKC?

- V.S. Pobyt by měl být ukončen na návrh klíčové sociální pracovníce. Ta požádá o vyjádření psychologa ohledně klientova stavu, provede s ním pohovor o tom, kam klient půjde dál, většinou ty děti neví, co s nimi bude dál. Vše jim vysvětlí a seznámí je s možnostmi. Sociální pracovníce pak ukončí pobyt.
- V.H. Ten, kdo pobyt zahájil. Tedy samotné dítě, rodič, sociální pracovník OSPOD, soud. Výjimka, to jsem já, a to v případě, když se dítě nepřizpůsobí.
- S.P.H. Pobyt by měl být ukončen na popud místně příslušné sociální pracovníce. Ta požádá o posudek našeho psychologa a ten na základě vyšetření klienta napíše, zda je vhodný návrat do domácího prostředí nebo ne.

17. Vrací se k vám někdy klienti zpět do lůžkové části? Z jakého důvodu?

- V.S. Vrací se zpět k nám, ale ne tak často, ale stává se to. Bývá to u případů, kdy sociální pracovníce vrátí zpět dítě do rodiny s tím, že situace se tam zlepšila, rodina funguje. Bohužel po nějaké době zase nastane problém a klient se k nám vrací zpět. Dítě už ví, kam má jít, a tak se tady objeví s žádostí o pomoc, že už to doma nemohlo vydržet a že bude raději tady u nás.
- V.H. Vrací se z ekonomických důvodů. Není to často, ale vrací se.
- S.P.H. Vrací se z ekonomických důvodů – maminky opakovaně selžou s placením nájmu a jsou bez ubytování. Máme zde několik klientů, kteří jsou zde opakovaně, třeba i po čtvrté na pobyt.

18. Jaká je spolupráce DKC s ostatními institucemi (OSPOD, soudy, policie, školy, lékaři)?

- V.S. Spolupráce se sociálními pracovníci **OSPOD** z brněnských městských částí je dobrá, v určitých částech jsme měli nějaké potíže, ale ty se už zlepšily. Paradoxně v částech, kde dříve byla dobrá spolupráce, se teď objevili lidé, s kterými je to těžší, ale je to vše o lidech. Jedná se o vzájemnou komunikaci a o snahu pomoci klientovi. Naplánovaly jsme s paní ředitelkou, že společně objedeme OSPODY v Brně i Brně-venkov, představíme jim naši organizaci a naše služby. Dřív tuto činnost prováděla sociální pracovníce s psychologičkou a je vidět, že je nutné v tom pokračovat

a osobně informovat o změnách našich služeb. Pravda je, že máme klienty z celého Jihomoravského kraje, taky Břeclavsko, Třebíč – ta patří už pod Vysočinu.

Soudy – tam jsme provedli opatření loňský rok, měli jsme potíže s opatrovnickým soudem. Tak jsem tam s paní ředitelkou jela. Měly jsme domluvenou schůzku, myslím, že tam byly skoro všichni opatrovnickí soudci, vysvětlily jsme si vzájemně některé otázky ohledně našich pravomocí zasahujících do řízení, také se řešily otázky o nás bez nás. Kdy soud rozhodl, aniž by nám dal oznámení nebo rozsudek. Od té doby fungujeme na domluvě, radíme se o možnostech, ptají se nás na volnou dobu pro asistovaná setkání. Nyní si myslím, že spolupráce je dobrá. Co vím ze slov pana Mgr. Sakaře z Hapalové, tak také zaznamenali zlepšení.

Policie – máme docela dobrou spolupráci v rámci intervenčního centra. V rámci SPO to není tak ideální, neví, zda k případu pojedou, přivezou dítě, ale nekontaktují sociální pracovníce, nedodržují správné postupy.

Školy – naše organizace je zaměřena na prevenci pro základní a střední školy. Spolupráce je bez problémů.

Lékaři – nemáme problémy, spolupráce je dobrá.

V.H. V DKC není vlastní lékař, spolupracujeme s dětskými lékaři, které děti navštěvovali v místě bydliště, pokud to lze. Při nemoci dítěte jde na vyšetření s dítětem teta, léčbu pak dodržuje dle ordinace lékaře. Případné domluvy řeší sociální pracovníce. Jestliže není možné navštívit lékaře v místě bydliště, velmi ochotně nám vypomáhá dětská lékařka nedaleko odsud.

Co se týká **školy**, tak vychovatelky jednou týdně mají kontakt s třídním učitelem dítěte, zjišťují studijní výsledky, problémové situace. Někdy je problém se školou, někteří klienti zlobí a učitelé to berou jako zlomyslnost a nechápou, že je to projev problému dítěte. Je těžké se domluvit na skutečnou pomoc dítěti, mají nedostatek informací o dítěti. Hodnotí děti podle dospělých, ale musí se na svět dívat dětskýma očima. Je někdy těžké se s nimi domluvit na dobré spolupráci ve prospěch dítěte, nechápou dětskou psychiku. A to teď myslím všeobecně o všech, co pracují s dětmi, že nemají dostatek informací o dětech a jejich vnímání světa a potížích.

Napadá mě otázka, když děti od vás dojíždějí do škol v místě bydliště, ví se ve školách o jejich problémech? Spolupracuje škola v detekci týrání, zanedbávání a zneužívání dětí? Obracují se na vás o pomoc?

Ano, v některých případech nás škola upozornila na klienta v tíživé situaci. Ale je to málo.

Práce se **sociálními pracovníky OSPOD** je dobrá, výjimka některých městských částí, ale jde zde vždy jen o člověka a jeho přístup k práci.

Soudy jsou standardní.

Policie ujde, vyšetřovatelé jsou nadprůměrní ve srovnání s ostatními, spolupráce je dobrá.

S.P.H. Spolupráce se sociálními pracovníci **OSPOD** z brněnských 24 městských částí je dobrá, záleží na lidech, v určitých částech jsme měli nějaké potíže, ale ty se už vyřešily. Provádíme pro pracovníky OSPOD dvakrát do roka přednášky a školení například o krizové intervenci, o našem centru a naší práci. Na tyto přednášky zveme sociální pracovníce z celého města, ale i okolních měst. Obrací se na nás sociální pracovníci z městských úřadů: Tišnov, Rosice, Boskovice, Hustopeče, Šlapanice, Blansko, Kuřim, Břeclav, Znojmo, Hodonín, Vyškov, Třebíč. Ty se pak obrací v případě potřeby o umístění klienta v našem centru.

Soudy – myslím, že nejsou problémy. Zvykly si nás už kontaktovat ohledně asistovaných setkání, aby nás kontaktovaly, zda máme volné termíny. Problém nastává v situaci, kdy k nám dojde klient, že mu zde soud uložil místo k asistovanému setkání a my o tom nevíme. Někdy k nám nechodí rozsudky od soudu.

Policie, to je to samé, vyšetřovatelé jsou dobří.

Školy, spolupráce je dobrá, klienti navštěvují školy buď v místě bydliště, nebo máme velmi dobré zkušenosti ze zdejší školou. Škola nám ochotně přijme naše klienty a spolupracuje s námi ve všem.

Napadá mě otázka, když děti od vás dojíždějí do škol v místě bydliště, ví se ve školách o jejich problémech? Spolupracuje škola v detekci týrání, zanedbávání a zneužívání dětí? Obracují se na vás o pomoc?

Ano, ale je to málo.

V DKC není vlastní **lékař**. Máme velmi dobrou spolupráci se zdejší dětskou lékařkou, která nám vychází vstříc. Pokud to lze, tak děti navštěvují své

lékařky v místě bydliště. Zde je doprovázejí matky nebo tety. Bohužel některé lékařky předají zprávu, co je dítěti, jen matce, na té pak záleží, jestli nám podá dostatečné informace nebo ne. Spolupráce je někdy těžká, některé lékařky neznají situaci svých klientů a pak neví, že je někdy potřebná spolupráce s námi a nejen se zákonnými zástupci.

19. *Myslíte si, že je v Brně dostatek institucí, které by kapacitně zvládly pomoc dětem v krizové situaci?*

V.S. Já si myslím, že ta situace je u těch dětí dobrá, pomoc nemusí nabídnout jen krizová centra. Horší problém mají ti dospívající, ti studenti, kteří mají víc jak 18 let, už vlastně nemají takovou péči. Po stránce psychologické si konzultace musí platit a na to ti studenti nemají. Bezplatná služba pro tyto mladé lidi je problém. Další problém je u psychiatricky dětských klientů, myslím si, že tady nefunguje dobře aktivní ambulantní péče. Základní potřeby zajistí psychiatrická klinika během dne, ale když potřebujeme v noci zamedikovat klienta, tak tu pomoc neseženeme. Často se nám stává, že k nám přijde dítě, které v noci poslali pěšky k nám nebo třeba na Hapalovu. Máme pořezané dítě, které by doopravdy potřebovalo psychiatrickou pomoc a medikaci a z kliniky ho poslali k nám k psychologovi. Nebo jen jeden den mají klienta v péči a pak nám ho pošlou zpět, ještě ve stavu, který není vhodný do běžné péče, ale spíše na uzavřené oddělení. Nejhorší situace bývá v létě, kdy psychiatrické oddělení zavírají. ***Myslíte si, že je tedy institucí málo?*** Ano, myslím. Kdyby se třeba spolupráce zlepšila, nějak bychom si klienty rozdělili, tak by to možná stačilo, ale to by muselo být přesně dané, kam a za jakých okolností patří. To u nás bohužel není. To se tedy týká spíše psychiatrických klientů.

Co si myslíte o dětech v krizové situaci? Je zde Hapalova a vy?

Já, si myslím, že je to dostačující a bohužel mám pocit, že si to myslí i kraj, který nám pokrátí dotace, jak se dá. Na druhou stranu si myslím, že kdyby se všichni klienti, kteří to potřebují, obrátili na nás, tak by to v žádném případě nestačilo. Bylo by třeba ale, aby toto vnímal i kraj, že tato práce je potřebná a důležitá.

Co se týká dostupnosti pro klienty v ambulantní sféře, jsme dostupní třeba ihned dle potřeby nebo objednacích termínů jsou do týdne, a to jen díky tomu,

že zde máme dostatek psychologů. V krizové situaci zajistíme ambulantní i pobytovou službu dítěti vždy, i kdyby měl být v nouzi jeden den na přistýlce.

V.H. To se těžko soudí, jestliže mám situaci posuzovat podle nás, tak se zdá, že jestliže bysme měli větší kapacitu ambulantní i lůžkovou, tak bysme ji využili. Z tohoto pohledu jednoho zařízení, které je vytížené, určitě ano. Co já vím, tak lůžkových zařízení tady není hodně a trvale převažuje poptávka nad nabídkou, ještě by se nějaké další prostory hodily. Ale je otázka, jestli rozšiřovat tenhle tip zařízení, nebo třeba jestli by nebylo rozumnější podporovat krátkodobý pěstounský pobyt, jak je to třeba ve Spojených státech, kde většina těch dětí nekončí v takových institucích, ale jsou dány do profesionální pěstounské rodiny. **Bohužel mám ale pocit, že u nás taková pěstounská rodina ještě neexistuje, že tato služba u nás nefunguje, nebo ano?** Myslím taky, že ne, ale asi by to bylo vhodné, bylo by třeba to dát nějak dohromady. Tito pěstouni by měli být dostatečně erudováni a vzděláváni pro potřeby těchto dětí. Je to složité. Myslím si, že tohle zařízení by mělo být zařízení pro děti zneužívané, týrané, které mají psychické a jiné problémy. Ve chvíli, kdy toto zařízení využívají rodiče z ekonomických důvodů, tak si dovolím tvrdit, že v této situaci zabírají místo dětem potřebnějším. Tohle zařízení je nastaveno tak, aby poskytovalo komplexní péči, psychologickou, psychodiagnostickou, psychoterapeutickou, zároveň péči o to dítě po všech směrech, to znamená hmotnou, emocionální a výchovnou. A ty děti, které jsou tady z ekonomických důvodů, využívají jenom půlku, protože nepotřebují psychologickou intenzivní péči, oni jsou tady jen z ekonomických důvodů a proto, aby bylo diagnostikováno, jaké byly důsledky jejich strádání. Bylo by dobré nějak nastavit, aby sem chodily děti, které by naše služby mohly využít maximálně. Ale podle zákona 359 máme povinnost přijmout každé dítě v nouzi, a že ta nouze je, že nemá kde bydlet, je jasné. Jde zde o tu optimalizaci systému. Já mám takovou teorii, že krizová centra dělají vše, co je potřeba. Co se týká rozvodových případů, myslím si, že kdyby tady v Brně byla speciální rozvodová poradna pro rodinu a rozvod, tak by byla plně využita i s 10 psychology, určitě by byly využity i dvě takové poradny.

Práce by měly až nad hlavu, konfliktních rozvodů je spousta. Zase by se nám trošku uvolnily ruce pro jiné případy.

Co byste navrhl pro ty ekonomicky slabé případy, v hmotné nouzi?

Nejjednodušší by bylo rozšířit nabídku sociálního bydlení, dokážu si představit dva domy, kde by bylo nějaké centrum se sociálním pracovníkem, který by těm rodičům uměl poradit v určitých situacích, někdy stačí jen rada, kde a na koho se mají na úřadech obrátit, které služby lze využít, naučit hospodařit. Sociální pracovník by kontroloval, v případě potřeby by tam docházel právník nebo psycholog. Něco na příkladu chráněného bydlení. Nejlepší je podporovat rodinu, když je venku ve vlastním prostředí. Když přijde maminka s dítětem, že je na ulici, tak už je pozdě, nejdůležitější je tedy primární prevence. Důležité je pomáhat rodinám ve chvíli, kdy jsou ještě rodinami. Jestliže je dítě pak u nás, zde má svůj pokoj, hezké, čisté zázemí, pravidelnou stravu, řád, dost klidu a času na učení, hernu, počítač a po půlročním pobytu ho maminka odvede do holobytu, nebo nějakého špatného prostředí, tak to otřese s tím vztahem, tak se pak dítě těžko rozhoduje, kde zůstat. A to tu matku může mít velmi rádo, pak přehodnocuje, co je pro něj lepší, hezké prostředí, svůj pokoj počítač, klid na učení, kamarádi, akce. Někdy je to pro ty děti těžké se vrátit k rodině. Sociálních bytů je málo, je to škoda, protože někdy město prodává byty pod cenou místo, aby investovalo do tohoto typu bydlení. Město zbytečně investuje peníze do jiného typu služeb a někdy to přijde draho, než uvolnit pár bytů, které by dali k dispozici a sociální pracovníci by je měli na starosti a pomáhali jejich klientům dle potřeb. Je to komplexní problém a myslím si, že sociologové o tom vědí a není zase vhodné soustředit tyto sociálně slabé lidi do jedné uzavřené komunity, lepší je dát například do sídliště do každého domu 2 byty, aby byli absorbovaní mezi ostatní. Je důležité vymyslet něco, jak pomoci rodinám, které v určité chvíli jdou dolů tak, aby nezapadly mezi alkoholiky, feťáky apod. U nás řešíme situace, kdy už je to hodně špatné, k nám třeba chodí maminky po pobytech v azylových domech a nyní nemají kam jít a jdou ještě dolů. Pak nastává situace, kdy to řeší alkoholem, může dojít i ke zneužití, prostituci. Tak k nám dovedou děti, ať nejsou na ulici. My můžeme rozvíjet služby, kapacity, ale rozumnější by bylo omezit počet dětí, které k nám přicházejí. Základem je prevence.

S.P.H. Je to těžké posoudit. Dle mého názoru ne.

Naše středisko kapacitně zvládá maximální počet klientů v lůžkové části a i personálně je vytíženo. Jsou týdny, kdy musíme klienty odmítat, ale také kdy máme 2 nebo 3 místa volná. Přes vánoční svátky tady bylo 5 dětí, ostatní byly na propustce doma.

V Brně je Klokánek, Spondea, Psychiatrická klinika, Kojenecký ústav. Co vím, tak Klokánek má neustále plno, ale řeší jen pobyty klientů. Spondea má krizová lůžka jenom 2 a klienty k nám na pobyt posílají, mám takové zkušenosti, že tam klienty mívají jen 7 dnů. U nás se o děti stará 24 hodin v kuse tým pracovníků, který zajišťuje denní činnosti a výchovu dětí (vodí děti do školy, kroužků, kontrolují běžné školní činnosti, zajišťují zábavu, stravu jim dovážíme z centra sociálních služeb). Spondea funguje více na bázi poradenství a prevence.

Psychiatrická klinika, to jsou duševně nemocní klienti. Kojenecký ústav má také mnohá omezení. Co se tedy týká nabídky služeb, které poskytuje naše centrum, tak jsme tady v Brně, a troufám si říct i v kraji, jediní.

Lůžkovou část zabezpečuje jedině Hapalova v Brně. Znovu musím opakovat, že zde máme klienty ze Šlapanic, Kuřimi, Tišnova, Břeclavi, Hodonína, Znojma, Blanska, Vyškova, Hustopečí, Třebíče, Žďáru nad Sázavou, Doubravníku. Možná je to také tím, že zde máme hodně klientů ze sociálně-ekonomických důvodů, kteří zabírají lůžka těm, kteří by u nás využili stoprocentní služby krizového centra.

20. Je stávající legislativa dostačující? Pokud ne, jaké změny byste navrhl/a?

V.S. Legislativa u nás vychází ze zákona 108 o sociálních službách, dále zákon 359. Největší problém vidím v prodlužování soudů, vyšetřování, protahování soudních posudků, trvá to i půl roku. Bohužel u CAN někdy pochybí i OSPOD, vše záleží na lidech. Je důležité, aby sociální pracovnice chránila dítě. Vždy se v zákonech dá najít cesta, která dítěti pomůže. Někdy mám pocit, že sociální pracovnice chrání více své postupy než práva dětí. Chybí zde asistenční služby pro matky nebo rodiny, kterým by pomáhaly a radily matkám, jak mají vychovávat, jak mají využívat sociální dávky, na co mají a nemají nárok. Někdy stačí jen vedení správným směrem a ubylo by spoustu případů. Je důležitá prevence, více informovanosti veřejnosti, dětí

ve školách. Od pracovníků OSPOD by to vyžadovalo větší kontrolu v rodinách, zvýšit terénní činnost.

- V.H. Asi by bylo dobré, aby se některé složky provázaly, bylo by vhodné nastavit systém krizových center, jak chtěl pan Dunovský, to znamená základní centrála v Praze, pak v krajských městech a odsud by si brala zkušenosti ostatní centra v jiných městech. Je nutné určit, na určitý počet obyvatel, kolik je třeba krizových center. Zatím tento princip u nás nefunguje. Není dána přesná síť krizových center, jejich provázanost, patří mezi to i spolupráce s OSPODEM. Formalizovat spolupráci se školou, lékaři a jinými institucemi, také s dalšími krizovými centry. V různých okresech neexistují vůbec tyto služby, klienti k nám dojíždějí z Vysočiny, Břeclavska, Znojemska.
- S.P.H. Legislativa je dostačující, jen by měla být přesně specifikovaná práce krizových center a klientů, kterých se to týká. Někdy mám pocit, že naše centrum zajišťuje péči a služby všem klientům.

7.6 Diskuse

A. Anketa

Z realizace ankety vyplynulo, že respondenti znali poslání DKC a určitá DKC v městě Brně. Nejvíce z televize, kde slyšeli o Klokánku z medializovaných kauz týraných dětí.

Překvapil mě výsledek o informovanosti DKC Hapalova, toto centrum znali jen jeho klienti. Bohužel internetové stránky tohoto centra jsou už zastaralé a propagace centra je malá. Ptala jsem se na toto téma vedoucího DKC Hapalova, jakou mají reklamu a preventivní osvětovou činnost. Bylo mi řečeno, že preventivní činnost nemohou z důvodu personálního obsazení provádět. Na tuto práci by bylo třeba vyčlenit jednoho pracovníka a toho nemají. I tak je jejich pracoviště dostatečně vytíženo. Provádějí dvakrát do roka školení pro sociální pracovníce OSPODU z Brna i okolí, tyto akce jsou hojně navštěvovány. Spolupráce je pak s OSPODY velmi dobrá, sociální pracovníci v případě potřeby kontaktují centrum. Při mé odborné praxi jsem byla několikrát svědkem rozhovoru sociální pracovníce centra s pracovnící OSPODU. Ta žádala o umístění klienta do DKC Hapalova, bohužel z kapacitních důvodů, tedy plné obsazenosti, nemohlo být vyhověno. V tomto případě navrhovala sociální pracovníce Spondeu.

Co se týká Spondei, tam je povědomost dobrá, protože vynakládá velké prostředky na prevenci a reklamu, její internetové stránky jsou aktualizované. Pracovníci Spondei chodí do škol a provádějí prevenci.

Obě dvě pracoviště navštěvují v rámci exkurzí a stáží střední sociální školy, vyšší odborné školy se zaměřením sociálním a zdravotnickým a v neposlední řadě studenti Masarykovy univerzity v Brně, z Fakulty sociálních studií i Pedagogické fakulty.

Krizové centrum na psychiatrické klinice v Bohunicích je známé 26 dotazovaným, většina si všimla nápisu na budově, když tam šla na vyšetření, někteří je znali z televize.

B. Rozhovor

V Diskusi bych se ráda zaměřila na některé otázky kladené v rozhovoru pracovníkům.

Zjistili jsme, že obě dvě centra převážně nabízejí stejné služby, dělí je na ambulantní a lůžkovou část. V ambulantní části nabízí více služeb Spondea, (mj. canis terapie, dramaterapie), mají větší počet psychologů, řekla bych, že v ambulantní části jsou schopni díky počtu odborných pracovníků zvládnout větší počet klientů. Co se týká lůžkové části, tak převládá v obsazenosti DKC Hapalova. Klienti zde mají zabezpečený pobyt 24 hodin tetami, které se o děti starají. DK Spondea nemá přímo určené zaměstnance na tyto služby, provádějí to všichni zaměstnanci centra. Nevím, jak to působí na klienty. Dle rozhovoru s klienty jsem zjistila, že někteří byli dříve na prvních konzultacích ve Spondei, ale na pobytové oddělení šli raději na Hapalovu. V DKC Hapalova, kde jsem byla na praxi, jsem zjistila, že klienti mají potřebu vědět, která z tet se o ně stará. Mají své oblíbenkyně a určitý pocit jistoty v řádu střídání personálu.

Větší obsazenost DKC Hapalova. Nabízí větší počet lůžek, bohužel z důvodu prostorů nelze kapacitu zvětšit. Dle názoru vedoucího pracovníka by bylo lepší snížit počet lůžek na 10, aby klienti měli více místa na volnočasové aktivity. Personál je zde značně vytížen, jak věkovou skladbou klientů, tak i rozlišností případů. Bývá zde často ubytováno hodně dětí ze sociálně-ekonomických důvodů.

Služby v lůžkové části DKC Spondea spíše využívají matky s dětmi, v rámci krizových lůžek, které jsou zde dvě, jsou tyto služby dostačující. Klienti zde nepobývají takovou dobu a bývají starší věkové kategorie, jsou soběstačnější.

Obě dvě DKC mají stejné klienty. Spondea však nabízí služby i studentům do 26 let věku, což mi bylo potvrzeno, že je hojně využíváno pro ambulantní sféru, v případě potřeby i lůžkovou. V Brně pro tyto klienty neplacené služby moc organizací nezajišťuje. Spondea v rámci poradenské činnosti pomáhá klientům vyřešit jejich situaci, nabízí jim po dobu potřeby ubytování a pomoc, v rámci níž se dozví, jak mohou využít sociální pomoc při studiu, když chtějí nebo jsou nuceni opustit rodinu.

O přijetí klienta do DKC rozhoduje na Hapalové vedoucí pracovník DKC oproti Spondei, kde to rozhodne službu konající sociální pracovník. Ptala jsem se na Hapalové, jak je to s přijetím klienta v době, kdy tam není vedoucí pracovník. Klienta přijmou vždy, když mají volno, v případě jeho žádosti o přijetí, nebo ze strany rodičů, či policie, soudu, OSPOD. Službu konající teta přijme klienta, sepíše s ním vstupní příjem, dokumenty o převzetí klienta. Dokumenty obsahují, na čí žádost byl klient přijat, jaké měl s sebou

oblečení, popřípadě seznam věcí k pobytu. Povolení rodičů k informacím, návštěvám k vycházkám. Adresu lékaře klienta, průkaz zdravotní pojišťovny, kontakty na školu. Popis klienta při převzetí. Také nahlásí příjem službu konající sociální pracovníci. V pracovní den pak oficiální přijetí už řeší vedoucí pracovník.

V důvodu, k odmítnutí klienta, se obě dvě centra vyjádřila shodně. Jedná se o klienty, kteří sem nepatří a snaží se tuto službu zneužít, například matky, které se pohádali doma s partnerem a nemají kam jít. Těm samozřejmě navrhuji obě dvě DKC možnost ubytování pro děti samostatně, nebo azylový dům pro matky s dětmi. Dále sem nepatří psychiatričtí pacienti, klienti na návykových látkách, nebo takzvaní útěkáři. Jedná se o klienty, které sem dopraví policie nebo pracovník OSPOD a ti se snaží neustále utíkat.

Pracoviště nemají mříže na oknech ani nějaké speciální zabezpečení. Obě dvě centra jsou v domech s oplocenou zahradou. Jestliže jsou DKC obsazena, nabízejí vzájemně ta druhá. Sama jsem byla svědkem volání sociální pracovníce jedné městské části se žádostí o pobyt v DKC Hapalova. Bohužel byli plně obsazeni, a tak okamžitě nabídli Spondeu. Překvapila mě reakce sociální pracovníce nejmenované městské části, která řekla, že na pobyt tam dítě raději nedá. Když jsem se ptala z jakého důvodu, tak mi bylo řečeno, že v pobytové části tam není taková péče jako na Hapalové. Tím se potvrdilo částečně mé tušení z návštěv obou center, že jedno se spíše hodí pro prevenci a ambulantní část a to druhé pro pobytovou službu.

Případy, které centra nejčastěji řeší v ambulantní části, se týkají nejvíce rodinných vztahů během rozvodu. Předrozvodová, rozvodová i porozvodové situace dětí, o které se rodiče hádají, děti velmi stresuje. Rozvodovost u nás stále stoupá, rozvádí se každé druhé manželství podle celorepublikových zjištění. Do ambulantní sféry pak přicházejí klienti sami, nebo s rodiči, aby jim psycholog pomohl jejich situaci vyřešit. Poslední dobou obě centra zaznamenala zvýšený zájem o asistovaná setkání na žádost soudů. Klienti s problémy v rodinách mají také velké zastoupení, dále sem patří osobní problémy, školní problémy, syndrom CAN.

Lůžková část je specifická spíše v DKC Hapalova, kde jsou klienti ze sociálně-ekonomických důvodů, někteří již opakovaně, další jsou klienti s výchovnými problémy, syndromem CAN. Překvapila mě doba pobytu některých klientů, bylo to i tři roky. Klient zde vlastně vyrůstal pracovníkům před očima. Myslím si, že tyto dlouhodobé pobyty by se měly řešit jinou formou než pobytem v krizovém centru. Víím, že je vyšetřovací proces ohledně týrání, zanedbávání, zneužívání dlouhý, že jsou potřeba různé odborné posudky, které trvají dlouho. K tomu se přidávají odvolání ze strany rodičů, další

odložení soudů a klient v rámci sociálně-právní ochrany zůstává v DKC. Možná by byla vhodná jiná forma ochrany dítěte, například pěstounská péče. Instituce DKC není schopna pokrýt všechny potřeby dítěte, ať se snaží sebevíc. Musím zde říci, že po mé zkušenosti z praxe v DKC je zde péče o děti velmi dobrá. Překvapili mě klienti, kteří šli na vycházku domů a rádi se vraceli sem do centra. Jaké musí být asi rodinné prostředí, v kterém vyrůstají? Co se týká návštěv v DKC Spondea, jsou povoleny jak v lůžkové části, tak i na zahradě. DKC Hapalova do lůžkové části návštěvy nepouští. Klienti mají možnost využít ambulanci nebo odcházejí na procházku či výlet do města.

Pobyt bývá ukončen na návrh sociální pracovníce a psychologa, popřípadě žádosti klienta či rodiče.

Do lůžkové části se vracejí klienti, v případech, kdy v jejich rodinách došlo k dalšímu selhání a děti raději požádají o pobyt zde. Na Hapalovu se vracejí opakovaně klienti ze sociálně-ekonomických důvodů.

Co se týká spolupráce DKC s ostatními organizacemi, tak je velmi důležitá spolupráce se sociálními pracovníky OSPODU. Obě dvě centra však přiznávají menší problémy s určitými městskými částmi. Jedná se vždy ale o jedince, kteří nepracují tak, jak by měli. Jinak je vzájemná spolupráce dobrá. Hapalova pořádá pro pracovníky OSPOD semináře, které jsou hojně navštěvovány. S policií i soudy je spolupráce dobrá. Lékaři a školy také spolupracují dobře. Sociální pracovníce z Hapalovy si stěžovala na přístup jedné lékařky, která nedala dostatek informací o klientovi, jeho léčbě. Pak je těžké zjistit, co s dítětem je. Někdy ani lékařka netuší, kdo je matka dítěte a v jakém prostředí vyrůstá. Případů zanedbání a týrání nahlášených lékaři je minimálně.

Zjistili jsme, že dotazovaní mají rozdílné názory na kapacitu institucí pro pomoc dětem v krizové situaci. Vedoucí DKC Spondea řekla, že si myslí, že je dostačující počet institucí, věnovala se spíše nutnosti potřeby institucí pro studující klienty, dále vzájemné spolupráci s ostatními centry, například psychiatrickou klinikou. Neopomenula však říci, že kdyby došli všichni klienti, kteří pomoc potřebují, tak by poskytovat pomoc nestačili. Vedoucí pracovník DKC Hapalova sdělil, že z hlediska posuzování dle možností jejich centra je to málo. Ovšem centrum bývá využíváno klienty i jiného druhu (sociálně-ekonomické případy), než by přímo mělo být (pro klienty s CAN). Sociální pracovníce tohoto centra také potvrdila, že je nutné, aby zde byli jen klienti, pro které je centrum určeno, tedy týrané, zneužívané a zanedbávané děti. Klienti ze sociálně-ekonomických důvodů by potřebovali pomoc jinou. Větší práci terénních pracovníků, aby zachytili problémy v počátku v rodině, azylové domy pro matky s dětmi, lepší systém pomoci pro

sociálně slabé, asistence do rodin. Pravda je ovšem ta, že dle zákona o sociálně-právní ochraně dětí musí krizová centra poskytnout ochranu všem dětským klientům, tedy i z ekonomických důvodů. Toho se týká také otázka legislativy. Legislativa je prý dostatečná, jen by měla být přesně specifikovaná práce krizových center a klientů, kterých se to týká. V rámci ochrany klienta se vždy najde cestička v zákoně tak, aby centra klientovi pomohla. „Bohužel, někteří sociální pracovníci OSPOD spíše hájí své postupy než práva klienta,“ říká vedoucí DKC Spondea. Vedoucí DKC Hapalova navrhuje, aby některé složky byly více provázány – nastavit systém krizových center dle doporučení Dunovského,⁹⁵ to znamená základní centrála v Praze, pak v krajských městech a odsud by brala zkušenosti ostatní centra v jiných městech. Je nutné určit, dle počtu obyvatel, kolik je potřeba zřídit krizových center. Dále je potřebné zformalizovat spolupráci se školou, lékaři, OSPODEM a jinými institucemi. Sociální pracovnice z Hapalovy by navrhovala větší počet center, tvrdí, že zabezpečují klienty z celého Jihomoravského kraje a také z kraje Vysočina. K tomu, že pečují, o klienty z celého kraje, se přidává i vedoucí DKC Spondea.

Kladla bych také velký důraz na prevenci týkající se týrání, zneužívání a zanedbávání dětí. Je důležité, aby pracovníci center prováděli osvětovou činnost žáků základních škol i středoškoláků. Práce v krizovém centru je velmi psychicky náročná a mnohdy ne dobře finančně oceněná. Všem pracovníkům, zde hrozí syndrom vyhoření, a proto je nutné, aby zde byly prováděny intervize a supervize, což podle slov vedoucích pracovníků již funguje.

⁹⁵ Pöthe, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, s. 74

ZÁVĚR

Zvolené téma je velmi citlivé, neboť děti, které se ocitly v krizi, potřebují naši pomoc.

Cíle diplomové práce byly naplněny.

V teorii jsem se zabývala dětským krizovým centrem, jeho vznikem, postavením v systému sociálních služeb, legislativou a spoluprací s jinými organizacemi. Dále s pojmem ohrožené dítě, syndrom CAN a krizovou intervencí. Díky těmto informacím jsem mohla lépe pochopit a poznat strukturu a chod DKC. Jak je složitá práce v DKC a s jakou klientelou se zde můžeme setkat.

Empirická část byla směřována na vybraná zařízení v městě Brně, a to DKC Spondea a DKC Hapalova. Zde jsem prováděla rozhovory s vedoucími pracovníky a sociální pracovníci. Ověřila jsem si zde informace ohledně DKC a jejich klientů, služeb, které nabízejí a jejich využitelnosti. DKC jsou hojně využívána jak v složce ambulanti tak i pobytové. Klientelu obou center tvoří děti s rodinnými problémy (rozvodové i porozvodové problémy), vztahovými problémy, syndromem CAN a v poslední době ze sociálně – ekonomických důvodů. Z mých rozhovorů vyplynulo, že v ambulanti části má větší kapacitní i personální možnosti DKC Spondea. Pobytová část je více i dlouhodobě využívána klienty v DKC Hapalova. Toto zařízení je na tuto službu lépe zařízeno i po personální stránce Pobytovou složku zajišťuje personál složený ze zdravotní sestry, dvou vychovatelek a tří pečovatelek. V DKC Spondea se o klienty na lůžku stará služba konající personál složený ze všech pracovníků DKC.

Provedla jsem anketu u obyvatel města Brna. Jaké je informovanost občanů o existenci DKC. Cílem mé ankety bylo zjistit, zda občané mají povědomí o existenci DKC a zda znají některé z DKC v městě Brně. Cíl byl splněn, občané znali více jak z poloviny dotazovaných jednak poslání DKC, ale také vyjmenovali konkrétní DKC v Brně.

Situace dětí ve zvláště obtížných situacích, vzdor rozšiřující se a prohlubující se péči o ně, zůstává stále nedostatečně řešena. DKC řeší mnoho problémů, z nichž především vystupuje do popředí její roztříštění, špatná koordinace, často nedostatečná odbornost a chybí tolik potřebná multidisciplinárnost, mezioborové řešení a přístupy. Není jednota ve vedení DKC, každé DKC si funguje podle sebe. Bylo by důležité, aby byla základna z centrálního DKC, podle něj by pak pracovali ostatní. Vzájemné propojení státních i nestátních zařízení a respektování těchto zařízení i ostatními spolupracujícími institucemi (OSPOD, soudy, policie, lékař). Personální obsazení DKC vyžaduje účast odborníků a externích spolupracovníků v oblasti péče o dítě i rodinu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÁ, B A KOL.: Klinická psychologie v praxi. Praha, Portál 2003, ISBN 80-7178-7353
2. DUNOVSKÝ, J. DYTRYCH, Z. MATĚJČEK, Z.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing, 1995, ISBN 80-7169-192-5.
3. DUNOVSKÝ, J.: Proč a pro koho SOS dětské vesničky v Československu, Praha, Sdružení SOS dětských vesniček 1970
4. DUNOVSKÝ, J., a kol.: Sociální pediatrie vybrané kapitoly, Praha: Grada, 1999, ISBN 80-7169-254-9
5. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. : Děti, rodina a stres. Praha: Galén 1994
6. DROBILIČOVÁ, A.: Týrané, zneužívané a zanedbávané děti v rodinách, DP, MU Brno, 2006
7. LUCKÁ, Y.: Krizová intervence. In Matoušek, O.: Metody a řízení sociální práce. Praha:Portál 2003
8. LANGMAIER, J., Balcar, K., Spitz, J.:Dětská psychoterapie, Praha, Avicemum 1989
9. MATOUŠEK, O.:Rodina jako instituce a vztahová síť, Praha, 1993, ISBN 80-901424-7-8
10. MATOUŠEK, O.: Metody a řízení sociální práce, Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-548-2
11. PÖTHE, P.: Dítě v ohrožení. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999, ISBN 80-901896-5-2
12. ŘÍČAN, P.: Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha: Portál, 1995. 96 s. ISBN 80-7178-049
13. SPONDEA – Sborník k desátému výročí založení organizace 1998 -2008. Brno: Spondea, 2008
14. ŠPATĚNKOVÁ, N. A KOL.: Krizová intervence pro praxi, Praha, Grada 2004, ISBN 80-247-0586-9

15. ŠPECIÁNOVÁ, Š.: Ochrana týraného zneužívaného dítěte. Praha: Linde, 2003. ISBN 80-86131-44-0
16. VÁGNEROVÁ, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, 1. vydání Praha: Portál, 1999
17. VÁGNEROVÁ, M.: Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-488-8
18. VANÍČKOVÁ, E, PROVAZNÍK K., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., SPILKOVÁ, J.: Sexuální násilí na dětech. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-286-6
19. VANÍČKOVÁ, E.: Tělesné tresty dětí, Praha: Grada Publishing, 2004 ISBN 80-247-0814-0
20. Výzkum právního povědomí a pojetí práva u českých dětí školního věku. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2001. ISBN 80-7040-53107
21. WEISS, P. a kolektiv: Sexuální zneužívání pachatelé a oběti. Praha: Granada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-795-8
22. Zákon č. 104/1991 Sb., Úmluva o právech dítěte
23. Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, *ve znění pozdějších předpisů*
24. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, *ve znění pozdějších předpisů*
25. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, *ve znění pozdějších předpisů*
26. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, *ve znění pozdějších předpisů*
27. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, *ve znění pozdějších předpisů*
28. Zákon č. 91/1998 Sb., novela zákona o rodině, *ve znění pozdějších předpisů*
29. Zákon č. 2/1993 Sb., listina základních práv a svobod
30. Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, *ve znění pozdějších předpisů*

Internetové zdroje

31. <http://www.astride.estranky.cz/stranka/ohrozene-deti> [Citováno dne 17.11.2009]
32. http://en.wikipedia.org/wiki/Child_protection [Citováno dne 17.11.2009]
33. <http://www.loc.gov/law/help/child-rights/germany.php> [Citováno dne 17.11.2009]
34. <http://www.nspcc.org.uk/> [Citováno dne 17.11.2009]
35. <http://www.sos-kinderdorf.de/> [Citováno dne 17.11.2009]
36. <http://kinderhilfe.de/> [Citováno dne 17.11.2009]
37. <http://www.spondea.cz/> [Citováno dne 10.10.2009]
38. <http://www.krizovecentrum.cz/> [Citováno dne 10.10.2009]
39. <http://www.dkc.cz/> [Citováno dne 13.3.2010]
40. www.brno.cz/sprava-mesta/mestske-casti/ [Citováno dne 13.3.2010]
41. ČSÚ - www.brno.czso.cz/, [Citováno dne 13.3.2010]
42. <http://www.czso.cz/xb/edicniplan.nsf/p/13-6403-08> [Citováno dne 28.3.2010]
43. ČSÚ - www.czso.cz/xb/edicniplan.nsf/p/13-6403-08 [Citováno dne 28.3.2010]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Přehled dětských krizových center v Brně

Příloha č. 2 Režim dne v DKC Hapalova

Příloha č. 3 Soubor otázek pro standardizovaný rozhovor

Příloha č. 4 Fotografie DKC Hapalova

Příloha č. 5 Příběhy klientů ze Spondei

Příloha č. 6 Otázky k anketě

Příloha č. 1

Přehled dětských krizových center v Brně

Spondea při ČČK Brno, o.p.s.

Sýpka 25

613 00 Brno – Černá Pole

Nonstop linky:

Telefon: 541 235 511

Mobil: 608 118 088

E-mail:

krizovapomoc@spondea.cz

Oficiální web:

www.spondea.cz

Chatové poradenství Krizového centra:

www.chat.spondea.cz

Intervenční centrum Brno - pro osoby ohrožené domácím násilím

www.ic-brno.cz

Krizové centrum pro děti a dospívající

Hapalova 4, 621 00 Brno-Řečkovice

Tel.: 541 229 298, 549 272 850

Mobil: 723 006 004

E-mail: info@krizovecentrum.cz

www.krizovecentrum.cz

Klokánek Brno- zařízení fondu ohrožených dětí

na ulici Michalova 4, Sídlí v Brně Líšni, tel.: 544 212 790, pohotovost: 724 567 507

klokanek.brno@fod.cz

Krizové centrum

Psychiatrická léčebna FN Brno- Bohunice

Jihlavská 20, Brno 625 00, Tel: ambulance KC :532 232 078, Linka naděje: 547 212 333,
Provozní doba : non-stop

Dětské centrum Brno

Příspěvková organizace

Hlinky 132/136 ,Brno 603 00, www.dcbno.cz

Přehled zařízení pro děti a mládež

Modrá linka – linka důvěry pro děti a mládež

tel: 549 241 010 nebo 608 902 410

e-mail: help@modralinka.cz

www.modralinka.cz

Ratolest Brno

Kozí 2, 602 00 Brno Tel.: +420 545 243 839

GSM: +420 731 500 050

E-mail: ratolest@ratolest.cz

www.ratolest.cz

nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, volnočasové aktivity

Oddělení sociální rehabilitace (dříve CESOP)

Celní 3, Brno

tel: 543 210 670

www.cesop.xf.cz

Ubytování pro děti od 15 let, také dům na půli cesty pro děti z dětského domova.

Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti

Sládkova 45, 613 00 Brno-Černá Pole

Poradenská linka: 548 526 802

e-mail: sladkova@pppbrno.cz

eporadna@pppbrno.cz

www.poradenskecentrum.cz

Antikoncepční linka Cilestýna

tel.: 541 217 777 (po – čt 13-18)

Kontaktní centrum Drug Azyl

Vídeňská 3, 639 00 Brno

tel.: 543 249 343

drugazyl@podaneruce.cz

www.podaneruce.cz

Gay a lesbická linka pomoci

tel: 549 212 727 nebo 775 212 725

První moravská linka pomoci se specializací na gay, lesbickou a bisexuální problematiku.

Stud

e-mail: helplinka@stud.cz

web: www.stud.cz

Občanské sdružení, jehož posláním je působit ve prospěch gay, lesbické, bisexuální a transgender minority.

Akademické centrum poradenství a supervize

Veveří 470/28, 602 00 Brno

Tel. 549 49 77 94

Mobil: 775 22 77 33

E-mail: info@acps.cz

Skype: psychoterapeut

www.acps.cz

Služby z oblasti psychologického poradenství, diagnostiky a psychoterapie.

Pomoc pro děti v tísní v Brně

Klokánek Brno- zařízení fondu ohrožených dětí

na ulici Michalova 4, Sídli v Brně Líšni, tel.: 544 212 790, pohotovost: 724 567 507

klokaneck.brno@fod.cz

V klokánku je 11 bytů, ve kterých najde útočiště 40-43 dětí ve věku od několika dnů až do dospělosti. O děti pečují 22 tet, které se u dětí střídají v týdenním intervalu. Tuto péči doplňují 3 tety pomocné, k dispozici je také pediatr, psycholog, sociální pracovníce, speciální pedagog.

Principy péče v klokánku:

O děti pečují po všech stránkách obdobně jako v rodině naši zaměstnanci – manželský pár, „teta“ nebo střídavě po týdnu 2 „tety“. V „Klokání“ rodině jsou zpravidla 4 děti, více jen v případě sourozenců nebo krátkodobě. Klokánky přijímají děti bez ohledu na věk (tj. již od narození), proto sourozence není třeba oddělovat.

Starší děti se tu učí rodičovskému chování a poskytují mnoho podnětů miminkům a batolatům, u nichž nedochází k opoždění ve vývoji. Děti se do Klokánku přijímají přímo, bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavu. Děti lze přijmout nejen na základě předběžného opatření, ale i na žádost rodičů nebo samotného dítěte. Je-li dosavadní škola v dosahu, navštěvují děti svou původní školu, takže nemění spolužáky ani kamarády. V Klokánku jsou děti jen po dobu nezbytně nutnou- než se po vyřešení situace mohou vrátit domů nebo je pro ně nalezena trvalá náhradní rodina, není-li návrat do té vlastní možný. Naši „Klokání rodiče“ musí projít náročným psychologickým vyšetřením, které musí prokázat jejich dobro k dětem, dostatek empatie a schopnosti vytvořit citově vřelé prostředí. Z Klokánků mohou děti telefonovat domů a rodiče je mohou kdykoliv navštěvovat a brát si je na vycházky, víkendy, pokud tomu nebrání závažné důvody nebo je dítě neodmítá. V Jihomoravském kraji se jedná o jediné zařízení rodinného typu pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

Krizové centrum

Psychiatrická léčebna FN Brno- Bohunice

Jihlavská 20, Brno 625 00, Tel: ambulance KC: 532 232 078, Linka naděje: 547 212 333,

Provozní doba: non-stop

Poskytuje první psychiatrickou a psychologickou pomoc při ztrátě duševní rovnováhy, při smutku a beznaději, v krizových životních situacích

Dětské centrum Brno

Příspěvková organizace

Hlinky 132/136 ,Brno 603 00, www.dcbno.cz

Dětské centrum Brno je příspěvkovou organizací, která poskytuje všestrannou péči dětem, jejichž vývoj byl narušen nebo ohrožen z důvodů zdravotních nebo sociálních a jimž nelze zajistit řádnou péči v rodinném prostředí. Zřizovatelem je statutární město Brno, které zároveň financuje provoz tohoto zařízení. Domov má kapacitu cca 120dětí. Součástí našeho dětského centra je i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, to znamená, že jsme schopni 24 hodin denně 7 dní v týdnu pomoci jakémukoliv dítěti od narození do 18 let, které se ocitne v tísní. O děti nepřetržitě pečuje zdravotnický a pedagogický personál.

Příloha č. 2

Režim dne v DKC Hapalova

6,30-7,30	Budíček školních dětí, ranní hygiena, úklid koupelny, větrání, úklid pokojů, snídaně.
7,30-8,30	Budíček dětí předškolního věku, asistence při hygieně, oblékání, snídaně, výchova k soběstačnosti, mytí nádobí, zalévání pokojových květin a zahrádky
8,30-11,30	Program dětí dle výchovného plánu. Plán sestavují vychovatelky pro klienty týdně. Svačina, procházka,
11,30-12,30	Příprava na oběd, vyzvednutí dětí ze školy, oběd, příprava předškolních dětí ke spánku
12,30-14,00	Polední klid. Během této doby docházejí starší děti, obědvají
14,00-16,00	Buzení dětí, příprava do školy na druhý den, doprovod do kroužků, odpolední program pro předškoláky, vycházka, návštěvy rodičů.
16,00-18,00	Návrat dětí z odpoledního vyučování, hygiena , příprava do školy, večeře, úklid po večeři.
18,00-19,30	Osobní hygiena, uložení menších dětí k spánku, osobní volno starších dětí, hry na PC, televize.
19,30-21,00	Noční klid

Příloha č. 3

Soubor otázek pro standardizovaný rozhovor s pracovníky DKC

- 1 Jak dlouho zastáváte zvolenou profesi?
- 2 Praxe v oboru dotazovaného pracovníka?
- 3 Věk dotazovaného pracovníka?
- 4 Vzdělání dotazovaného pracovníka?
- 5 Důvod proč jste si toto povolání vybral/a?
- 6 Pociťujete naplnění seberealizace?
- 7 Jaké služby nabízí Vaše DKC?
- 8 Jaká je kapacita v lůžkové části, je dle Vašeho názoru dostačující?
- 9 Kdo je klientem DKC?
- 10 Kdo rozhoduje o přijetí klienta do DKC?
- 11 Co je důvodem k odmítnutí, v jakých případech dochází z Vaší strany k odmítnutí klienta?
- 12 Jaké případy nejčastěji řeší DKC v ambulantní části? Můžete je rozdělit dle závažnosti a četnosti?
- 13 Jaké případy nejčastěji řeší DKC v lůžkové části? Můžete je rozdělit dle závažnosti a četnosti?
- 14 Jaký je systém péče o vaše klienty v ambulantní části?
- 15 Jaký je systém péče o vaše klienty v lůžkové části?
- 16 Kdo ukončuje pobyt klienta v DKC?
- 17 Vrací se k vám někdy klienti zpět do lůžkové části? Z jakého důvodu?
- 18 Jaká je spolupráce DKC s ostatními institucemi (OSPOD, soudy, policie, školy, lékaři)
- 19 Myslíte si, že je v Brně dostatek institucí, které by kapacitně zvládli pomoc dětem v krizové situaci?
- 20 Je stávající legislativa dostačující? Pokud ne, jaké změny byste navrhl/a?

Příloha č.4

Fotografie DKC Hapalova⁹⁶



Obr.č.5



Obr.č.6

⁹⁶ staženo s webových stránek DKC Hapalova 13.3.2010



Obr.č.7



Obr.č.8



Obr.č.9



Obr.č.10

Příloha č.5

Příběhy klientů ze Spondei⁹⁷

ONA, 8 let, pohlavní zneužívání

Na naše krizové centrum se obrátila nejdříve matka dívky. Žádala, abychom pomohli její dceři, kterou déle než půl roku osahával a hladil na intimních místech její vlastní otec. Totéž zkoušel dělat i kamarádce své dcery. Celou záležitost řešila již policie, otec se ke svému činu přiznal. Malá klientka však svého otce velmi miluje, pořádně nerozumí tomu, co se stalo, sama má pocity viny. Začíná mít potíže ve škole a v sebeprosazování. Dívky se ujímá náš psycholog a zahajuje se intenzivní terapie spolu s terapií rodinnou, je totiž zapotřebí věnovat se i matce a dalším starším sourozencům naší klientky. Případ není uzavřen, terapie pokračuje.

ON, 11 let, týrání

Sociální pracovníci příslušného orgánu sociální péče byl do našeho krizového centra přiveden chlapec s žádostí o diagnostiku, zda se jedná o týrané dítě. Pomoc u sociální pracovnice vyhledal chlapec sám. Šetřením bylo zjištěno, že je nadměrně fyzicky trestán svojí rozvedenou matkou - surově bit, přivazován do kouta, nucen ke klečení na kolenu několik hodin. K fyzickému týrání bylo připojeno i týrání duševní a citové. Chlapec dostával např. každý den stejnou svačtinu do školy, vždy to však byl chléb se sádlem, ač chlapec sádlo nesnášel. Matku jsme pozvali do Krizového centra na pohovor, z jejího chování jsme ale byli šokováni. O chlapci se vyjadřovala hrubě, i před námi vyhrožovala chlapci fyzickým potrestáním, pokud svoji výpověď nevezme zpět. Snaha přimět alespoň babičku a dědečka chlapce ke spolupráci vyzněla rovněž naprázdno. Zejména babička (matka matky) se projevila časem jako další tyran dítěte. Otce klienta jsme oslovili také, ten však byl podruhé ženatý, měl další děti a o svého prvorozeného syna zájem neměl. Chlapec byl nakonec umístěn do dětského domova, a podle zpráv, které od něj máme se tam cítí dobře a našel spoustu nových kamarádů.

PĚT SOUROZENCŮ ve věku 1 - 10 let, zanedbávání

Klasickým příkladem zanedbávání povinné péče o děti byl případ pěti sourozenců, kteří se v mrazivém počasí potulovali po vlakovém nádraží, byli na mrazivý leden nedostatečně

⁹⁷ www.spondea.cz (Citováno dne 4.4.2010)

oblečení, s promáčenými a děravými bačkorami na nohách. Čtyři ze sourozenců přivezla do Krizového centra policie. Nejmladší dítě bylo pomočené, vůbec nekomunikovalo, vydávalo pouze zvuky. Všem dětem jsme poskytli základní péči, dostali najíst a po vykoupání čisté oblečení. Na základě výpovědi nejstaršího ze sourozenců vyšlo najevo, že doma leží v postýlce ještě roční sestra. Děti neznaly otce, celý den pátrala policie intenzivně po matce, která byla nakonec nalezena v jedné pivnici. Všechny děti byly následně umístěny do kojeneckého ústavu a do dětského domova.

ON, 10 let, týrání - žádost o krizové lůžko

Chlapec přišel do našeho krizového centra sám s tím, že jej matka často bije, domů se vrátit nechtěl. Po rozvodu rodičů s ní žije sám. Matka mu vyhrožuje tím, že umře, pokud se k něčemu nepřizná, vyhrožuje, že mu usekne prsty, pokud bude mít ve škole trojky. Vyhrožuje, že pokud to někomu řekne, tak že mu něco píchne, nasednou do auta a auto pustí ze srázu. Chlapce jsme přijali na krizové lůžko. Kdykoliv zazvonil zvonek, chlapec utíkal do ložnice, chtěl se někam schovat, měl strach, že si pro něj matka přišla. Spojili jsme se s jeho babičkou, která za ním do našeho zařízení přišla a také potvrdila pravdivost jeho výpovědi. U chlapce byla zahájena intenzivní terapie a po jednání s úřady byl nakonec chlapec svěřen do péče babičky, se kterou nyní žije.

Tři sourozenci – oběti domácího násilí a sexuálního zneužívání

Díky iniciativě matky, jakožto oběti dlouhodobého domácího násilí ze strany manžela, se do péče Krizového centra dostali tři sourozenci s problematikou syndromu týraného a zneužívaného dítěte. Nejmladší z dětí (v předškolním věku) bylo otcem opakovaně a dlouhodobě sexuálně zneužíváno. I přes to, že před zneužitím podával otec dítěti pravděpodobně tlumící medikamenty, bylo dítě do sexuálních praktik aktivně zapojováno. Jeho straší sourozenci pak byli po mnoho let vystavováni nepřiměřenému trestání ze strany otce. Pravidelně pak museli být přítomni situacím, kdy otec matku brutálně napadal a to takovým způsobem, který ji ohrožoval na životě. Všichni tři sourozenci jsou v péči Krizového centra řádově několik měsíců, je s nimi pracováno jednak individuálně a jednak probíhají i terapeutická sezení všech sourozenců společně s matkou, která je rovněž v péči psychologů Intervenčního centra. Každá z obětí se svým traumatem vyrovnává v doprovodu psychologa jiným způsobem. S ohledem na závažnost případu přesahuje plán práce s rodinou horizont několika dalších měsíců.

Příloha č. 6

Otázky k anketě

1. Pohlaví dotazovaného?
2. Věk dotazovaného?
3. Vzdělání dotazovaného?
4. Znáte poslání Dětského krizového centra?
5. Znáte v Brně nějaké DKC, kde se nachází?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Miroslava Seroiszková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Dětská krizová centra v Brně
Název v angličtině:	Child crisis centres in Brno
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá dětskými krizovými centry (DKC) v Brně. Teoretická část je zaměřena na odbornou terminologii, DKC, jeho vývoj v České republice i ve vybraných zemích Evropské unie, dále zařazením DKC v systému sociálních služeb a legislativou. Další část se skládá z definice jevu ohrožené dítě, jeho příčin, projevů a důsledků a krizové intervence. V empirické části je popsána demografie města Brna a dětská krizová centra v Brně. Pro podrobné zpracování byla vybrána dvě dětská krizová centra, jedno státní a druhé nestátní. Cílem bylo zjistit, zda jsou DKC v Brně využívána, jaké služby nabízí a kdo tvoří jejich cílovou skupinu. Dále práce analyzuje, jaké je povědomí občanů města Brna o existenci DKC.</p>
Klíčová slova:	Krizové centrum, syndrom CAN, syndrom CSA, krize, krizová intervence, dítě, týrání, zneužívání, pomoc, služby
Anotace v angličtině:	<p>This thesis deals with child crisis centres in Brno. The theoretical part focuses on main terminology connected with a child crisis centre, a development of child crisis centres in the Czech Republic and in selected EU countries, further on a child crisis centre in a system of social services and on legislation. The next part consists of the definition of a phenomenon of a child at risk, its causes, manifestations and consequences, and crisis intervention. The empirical part describes the demographics of the city of Brno and child crisis centres in Brno. Two child crisis centres, one public and one non-governmental, were selected for a deeper empirical analysis.</p> <p>The aim was to determine whether the child crisis centres in Brno are used, what services they offer and who their target audience is.</p> <p>Furthermore, the thesis analyzes what the public awareness of the existence of child crisis centres in Brno is.</p>

Klíčová slova v angličtině:	Crisis centre, syndrome CAN, Syndrome CSA, crisis, crisis intervention, child, tyranny, abuse, assist, services
Přílohy vázané v práci:	<p>P. č. 1 Přehled DKC V Brně</p> <p>P. č. 2 Režim dne v DKC Hapalova</p> <p>P. č. 3 Soubor pro standardizovaný rozhovor</p> <p>P. č. 4 Fotografie DKC Hapalova</p> <p>P. č. 5 Příběhy klientů ze Spondei</p> <p>P. č. 6 Otázky k anketě</p>
Rozsah práce:	108s., příloh 16s.
Jazyk práce:	Český