

Dítě z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení

Andrea Vítová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea Vítová**
Osobní číslo: **H12580**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Dítě z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek záoblasti sociální práce s dysfunkční rodinou a zdravotně sociální práce.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CIMRMANNOVÁ, Tereza. Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2205-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.

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

ÚLEHLOVÁ, Dagmar. Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-502-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Vaško

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 3.3.2015

Andrea

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uděje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je problematika dítěte z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení. Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká zdravotně sociální péče je poskytována dětem z dysfunkčních rodin v nemocnicích a psychiatrických nemocnicích. V teoretické části bakalářské práce je vymezena problematika dysfunkční rodiny, definice, druhy, vybrané projevy dysfunkce rodiny – syndrom CAN a jejich rizikové faktory. V práci je dále popsáno podezření na ohrožené dítě v rodině ve zdravotnickém zařízení a instituce a odborníci, kteří tuto problematiku řeší. Průzkum je proveden pomocí kvalitativního výzkumu na základě rozhovorů s pracovníky, kteří se setkávají s dysfunkčními rodinami.

Klíčová slova: Dysfunkční rodina, ohrožené dítě, syndrom CAN, zdravotně sociální práce, zdravotnické zařízení.

ABSTRACT

The theme of this bachelor thesis is child from dysfunctional family in medical facility. The main goal of this work is to determine what health social care is provided to the child from dysfunctional family in medical facility. In the theoretical part of bachelor thesis is specified the issue of dysfunctional family, definitions, kinds of dysfunctional family, selected display of dysfunction family – syndrom CAN and their risk factors. In the thesis is also described suspicion of threatened child in family in medical facility and institutions and specialists, which are concerned with this issues. The survey is carried out by using qualitative research on the basis of interviews with workers who meet with dysfunctional families.

Keywords: Dysfunctional family, threatened child, syndrom CAN, health social work, medical facility.

Dovoluji si touto cestou poděkovat paní Mgr. Michaele Vaško za ochotu, trpělivost, cenné rady a připomínky při odborném vedení mé bakalářské práce. Ráda bych také poděkovala své rodině a nejbližším, kteří pro mě byli během studia i během psaní této bakalářské práce velkou oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DYSFUNKČNÍ RODINA	12
1.1 DEFINICE DYSFUNKČNÍ RODINY	12
1.2 DRUHY DYSFUNKČNÍ RODINY	12
1.3 VYBRANÉ PROJEVY DYSFUNKCE RODINY VE VZTAHU K DÍTĚTI – SYNDROM CAN	14
1.3.1 Zanedbávání	15
1.3.2 Fyzické týrání	16
1.3.3 Psychické týrání.....	17
1.3.4 Sexuální zneužívání	18
1.3.5 Zvláštní forma syndromu CAN – Münchhausenův syndrom	19
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY	20
1.4.1 Rizikové faktory na straně rodičů.....	20
1.4.2 Rizikové faktory na straně dětí	21
2 OHROŽENÉ DÍTĚ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	23
2.1 PODEZŘENÍ NA OHROŽENÉ DÍTĚ V RODINĚ.....	23
2.2 ZÁKONNÉ NORMY	24
2.3 KOMUNIKACE S OHROŽENÝM DÍTĚTEM.....	25
2.3.1 Komunikace s ohroženým dítětem podle jeho věku.....	26
2.4 PRÁCE S DYSFUNKČNÍ RODINOU.....	28
2.5 PREVENCE SYNDROMU CAN	29
2.6 LÉČBA	29
3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE	31
3.1 ODBOR SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ	31
3.1.1 Sanace rodiny.....	32
3.1.2 Případová konference	32
3.2 PEDIATR	33
3.3 DĚTSKÁ PSYCHIATRIE	34
3.4 POLICIE ČR	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 PŘÍPRAVA VÝZKUMU	37
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	37
4.1.1 Výzkumný problém.....	37
4.1.2 Výzkumné otázky	37
4.2 DRUH VÝZKUMU	38
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK A ZPŮSOB VÝBĚRU.....	39
4.3.1 Mechanismus výběru výzkumného vzorku.....	40
4.4 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	41
4.4.1 Rozhovory	42

4.5	PRŮBĚH SBĚRU DAT	42
4.5.1	Průběh rozhovorů	43
5	VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	44
5.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	44
5.2	VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ	45
5.2.1	Podezření na syndrom CAN	46
5.2.2	Náplň práce vybraného odborníka s dětmi z dysfunkčních rodin	47
5.2.3	Spolupráce s jinými odborníky a institucemi.....	49
5.2.4	Hodnocení poskytování zdravotně sociální péče VS/ SP/ ZSP	50
5.3	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
	SEZNAM TABULEK.....	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

„Všechny šťastné rodiny jsou si navzájem podobné, každá nešťastná rodina je nešťastná svým způsobem.“

Lev Nikolajevič Tolstoj

Bakalářská práce se věnuje dětem z dysfunkčních rodin ve zdravotnickém zařízení. Dané téma jsem si vybrala proto, že mě velmi zajímá práce s dětmi. Během mého studia jsem zjistila, že práce s touto cílovou skupinou mě těší a naplňuje nejvíce. Mé dětství proběhlo ukázkově a vztahy v naší rodině by mohly být perfektním příkladem funkční rodiny. Jsem si ovšem vědoma toho, že na světě existují i děti, které nemají tolik štěstí a nemůžou své dětství prožít podobně jako já. V průběhu praxí, které jsem měla možnost v rámci studia absolvovat, jsem zjistila, že zdravotně sociální pracovníci, ale i jiní odborníci, pracující ve zdravotnických zařízeních, jsou málo informováni o této problematice. To se týká také široké veřejnosti v mém okolí, která si nedokáže vůbec představit, jak taková zdravotně sociální práce s dětmi z dysfunkčních rodin komplexně probíhá – v jakém případě vznikne podezření na ohrožené dítě, kdo tvoří multidisciplinární tým, s jakými odborníky musí zdravotnické zařízení spolupracovat, apod. Proto jsem se rozhodla zvolit právě tuto problematiku.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je tvořena třemi kapitolami. První kapitola se zabývá dysfunkčními rodinami, jejími typologiemi a také vybranými projevy dysfunkce rodiny ve vztahu k dítěti, konkrétně tedy syndromem CAN. Druhá kapitola se zabývá ohroženým dítětem ve zdravotnickém zařízení, identifikací podezření, zákonnými normami, které musejí být dodržovány, komunikací s dítětem, samotnou prací s dysfunkční rodinou a samozřejmě prevencí a léčbou syndromu CAN. Poslední kapitola teoretické části se zabývá multidisciplinárním týmem, který je nedílnou součástí zdravotně sociální práce.

Praktická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola se zabývá hlavním cílem a výzkumnými otázkami. Je zde také uveden druh výzkumu, výzkumná metoda a zpracování dat. Další kapitola se věnuje charakteristice respondentek, ze které jasně vyplývá jejich pracovní zařazení, věk, délka praxe v daném zařízení a nejvyšší dosažené vzdělání. Poslední a současně nejpodstatnější podkapitola se orientuje na vyhodnocení získaných údajů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DYSFUNKČNÍ RODINA

Patrně jednou z nejstarších základních sociálních skupin bezprostředně spojených nejrůznějšími vztahy jak uvnitř, tak i zvenčí funkcemi a aktivitami, které zajišťují potřeby svých členů a society jako celku, je rodina. Ta po dobu celé své historie prodělává ustavičné přeměny, které se týkají jak její velikosti, tak jejího smyslu a integrace. Zároveň se přizpůsobuje na její různorodé transformace či vývojové fáze. Jejím nejdůležitějším úkolem je umožňovat členům péči a ochranu, a to především v době, kdy nejsou schopni se o sebe postarat sami. Rodina zprostředkovává jejich fyzické, psychické a duchovní bytí. Dopřává jim pocit jistoty a bezpečí, pocit domova s těmi nejbližšími. (Dunovský, 1999, s. 91)

Mezi námi jsou ale i rodiny, které neplní toto podstatné poslání. To představuje závažnou hrozbu pro jejich členy, které může dysfunkce (nefunkčnost) postihnout na těch nejcitlivějších místech. (Dunovský, 1999, s. 91)

1.1 Definice dysfunkční rodiny

Podle Dunovského (1999, s. 108) je dysfunkční rodina definována jako rodina, ve které se objevují závažné poruchy některých nebo všech funkcí. Tyto poruchy bezprostředně a komplexně poškozují nebo ohrožují rodinu, zvláště pak dětský vývoj a prospěch. Taková rodina již není schopna zdolat a řešit poruchy sama, tudíž je nutné provést řadu postupů zvenčí. Tato opatření nazýváme pojmem sanace rodiny.

Stejně jako Dunovský, i Gabura (2012, s. 66) definuje dysfunkční rodinu jako rodinu s narušenou schopností uspokojovat materiálně, psychologicky a sociálně potřeby svých členů. O dysfunkci rodiny můžeme hovořit v případě, že rodina přestává naplňovat anebo již neplní některé z důležitých funkcí, chybí vyváženost a řízení rodinných funkcí, dává přednost jedné z funkcí na úkor té druhé či obětuje některé funkce nezbytné pro její spojitost.

Další synonyma dysfunkční rodiny, která se v odborné literatuře vyskytují, mohou být ohrožená rodina, nefunkční rodina, problémová či mnohoproblémová rodina.

1.2 Druhy dysfunkční rodiny

Gabura (2012, s. 158) rozděluje dysfunkční rodinu na transparentně dysfunkční a skrytou nebo akutní a chronickou.

Transparentně dysfunkční rodina je charakteristická tím, že se sama v některých oblastech označuje za nefungující. Prezентuje se tak i navenek k sociálnímu okolí a i sociální okolí ji tak vnímá. Pokud se zdravotně sociální pracovník (ZSP) setká s takovou rodinou, zůstává otázkou, jak moc chce rodina své problémy aktivně řešit.

Skrytá dysfunkční rodina se na rozdíl od té transparentně dysfunkční navenek tváří jako naprosto fungující, odmítá přijmout své problémy, popisuje svou situaci za pomoci všech možných obranných mechanismů (tzn., že popírá svůj problém, racionalizuje svůj problém, svádí vinu na někoho jiného, nalézá spoustu argumentů, proč se nedá situace řešit, atd.). Hlavním heslem daného druhu dysfunkční rodiny je „my jsme v pořádku, to naše okolí není v pořádku“. Dysfunkce se v rodině objevuje bez ohledu na vzdělanost, společenské postavení, věk, zaměstnání a intelekt. V takovýchto případech je sociální práce s rodinou velmi složitá, protože odborník nemá prostor na intervenci, jelikož je rodina přesvědčená, nebo alespoň tvrdí, že je v pořádku, a žádný problém nemá. A právě motivovat tento typ rodiny bývá nejtěžší. (Gabura, 2012, s. 158)

Akutní dysfunkční rodina nesplňuje některé své funkce aktuálně, tzn., že potřebuje krátkodobou podporu. Může se jednat o pomoc peněžní, hmotnou nebo poradenskou. Akutní dysfunkčnost rodiny nastává v případě, že jde pouze o přechodný stav. Je zde tedy důležitá včasná diagnostika problému, přijetí vhodné odborné pomoci a spoluúčast na řešení svých problémů. (Gabura, 2012, s. 158)

Protikladem se stává **dysfunkční rodina chronická**, která se ve většině případů své dysfunkčnosti již přizpůsobila a není motivovaná ke změně. V této rodině je intervence velmi složitá, protože předpokládá jednostrannou a nezávaznou peněžitou pomoc, ale není vůbec motivovaná pro práci se svým problémem. (Gabura, 2012, s. 158)

Dunovský a kol. (1999, s. 102–104) rozdělují dysfunkční rodiny z pohledu převažující etiopatogeneze. Prvním druhem je **objektivně dysfunkční** rodina, kde převládá nepříznivé vnější působení na rodinu, které prvotně nezapříčinili členové rodiny. Druhým typem rodiny je **subjektivně dysfunkční**, kde příčinu problémů způsobili vnitřní potíže rodinného celku anebo jednotliví členové. A posledním typem rodiny jsou rodiny **smíšeně dysfunkční**, kde fungování rodiny ovlivňuje konfúze vnějších i vnitřních příčinných činitelů.

1.3 Vybrané projevy dysfunkce rodiny ve vztahu k dítěti – syndrom CAN

Již od pradávna náleží k lidskému bytí všechny formy domácího násilí. Ve většině starověkých kultur bylo odkládání a zabíjení přebytečných novorozenců, zohyzděných nebo nemocných dětí běžnou záležitostí. Dokonce v antice neměly děti vůbec žádná práva (Gjuričová, Kocourková a Koutek, 2000, s. 16). Menší zlom nastal až v 16. století, kdy se začal měnit pohled na dětství. Matka i otec věnovali potomkovi více svého času a i výchova byla laskavější. S rozvojem průmyslové společnosti však docházelo k využívání dětí jako levné pracovní síly. Týrání dětí tedy nebylo v minulosti žádnou vzácností. Od 2. poloviny minulého století se začala rozšiřovat různá hnutí za práva slabších, a to hlavně v Evropě a Spojených státech (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 33). Intenzivnější zájem o prevenci týrání dětí byl podnícen lékaři chirurgických a rentgenologických oddělení, kteří si začali všimát „nešťastných náhod“ u dětí (Gjuričová, Kocourková a Koutek, 2000, s. 16). V současnosti jsou v platnosti mezinárodní úmluvy, ve kterých se vyzývá na dodržování a ochranu práv dětí. Mezi ně můžeme řadit Deklaraci práv dítěte, Ženevskou deklaraci, Úmluvu o právech dítěte a další.

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, který je obecně pojmenováván v anglosaské literatuře jako Child Abuse and Neglect (CAN), byl přejat i do naší terminologie. Abychom mohli identifikovat syndrom týrání, zneužívání a zanedbávání, musí být splněna podmínka příčinné souvislosti mezi činností agresora vůči dítěti, s přímými a nepřímými následky této činnosti na stav a vývoj dítěte nebo na jednotlivé oblasti jeho života. (Sedláková, Kalátová a kol., 2010, s. 13)

Podle Úlehlové (2009, s. 11) je násilí v rodině „*fyzické, psychické, sexuální či ekonomické násilí mezi blízkými osobami žijícími společně v jedné domácnosti.*“ Je jisté důležité zmínit, že charakteristické je pro tyto formy týrání opakování, dlouhodobost a také zvyšující se sklony singulárních incidentů.

Šrajer a kol. (2008, s. 120) definují násilí vůči dětem jako týrání, zanedbávání a sexuální zneužívání dítěte. Za týrané dítě považuje dítě, které je vědomě a nevědomě, nikoli náhodně, psychicky, emocionálně nebo fyzicky poškozováno a díky čemuž vzniká narušení blaha a práv dítěte s hrozbou narušení vývoje, zranění nebo smrti dítěte. Za zanedbávané dítě pokládá nedostačující uspokojování emocionálních a tělesných potřeb dítěte, což může mít za následek opoždění vývoje, obraty chování a zdravotní ohrožení.

Sexuální zneužívání chápe jako zapojování dětí a mládeže do sexuálních činností, které nechápu a k nimž nemohou dát souhlas vzhledem k věku, stadiu vývoje osobnosti a vzhledem k tomu, že jsou závislé.

Dunovský, Dytrych a Matějček (1995, s. 14) popisují ve své knize týrání, zneužívání a zanedbávání dětí jako nenáhodné, preventabilní, vědomé (popřípadě i nevědomé) konání ze strany rodičů, vychovatele nebo jiné osoby vzhledem k dítěti, které je v příslušné societě neakceptovatelné nebo zavrhané a které má špatný vliv na tělesný, duševní i sociální status a vývoj dítěte, eventuálně může zapříčinit až úmrtí dítěte.

1.3.1 Zanedbávání

Zanedbávání popisujeme jako neuspokojení péče v rovině primárních potřeb: fyzických (nedostatek potravy, oděvy, bydlení, zdravotnická péče a bezpečí), emocionálních (neukojení emočních potřeb dítěte, nouze o lásku a pocit, že dítě patří do rodiny) a výchovných (neposkytnout možnost vzdělávacího růstu, jehož důsledkem může být zaostávání, eventuálně nevratné postižení). (Špatenková, 2004, s. 125)

Slaný (2008, s. 29) definuje zanedbávání dítěte jako situaci, kdy se dítě nachází v ohrožení (akutním či chronickým, pokaždé ale vážným) z důvodu nedostatku podnětů a faktorů, které jsou významné pro zdravý a plnohodnotný tělesný i psychický vývoj. Od ostatních forem syndromu CAN se zanedbávání liší v tom, že není „aktivního“ rázu ze strany dospělého, ale jedná se o nezáměr, který dítěti škodí.

Indikátorem zanedbávání může být nedostatek lékařské péče, stomatologické péče, výživové kvality jídla, dozoru nad dítětem (opětovné úrazy, nehody, dítě je samo doma, venku), osobní hygieny, oblečení odpovídající podnebí. Domácí prostředí rodiny vykazuje zdravotně závadné podmínky, můžou se zde nacházet lidské nebo zvířecí exkrementy, odpad apod. V domě nebo bytě, kde rodina žije, je nedostačující topení, postýlka pro dítě se nachází na chladném místě, je špinavá. Dítě se jeví jako znavené či ospalé, depresivní, introvertní, lhostejné. Vypovídá známky asociálního nebo destruktivního chování. Může trpět vadou řeči, stravovacích návyků, má různé neurotické zvyky jako např. kousání nehtů, trhání vlasů, houpe se. Nepochybně se některé tyto faktory mohou objevit v každé rodině, ovšem přecházení a četná přítomnost těchto činitelů je zásadní pro určitý stupeň zanedbávání. (Dunovský, Dytrych a Matějček, 1995, s. 38)

Následkem zanedbávání může být zpomalení vývinu, mentální, zdravotní a sociální problémy. V některých případech může vše skončit až smrtí dítěte. (Špatenková, 2004, s. 125)

1.3.2 Fyzické týrání

Prvotní popsanou součástí současného pojetí syndromu CAN bylo fyzické týrání. Laickou a rozsáhlou odbornou veřejností je to typ týrání dítěte, které je považováno za „typické“ a podle celkového mínění za nejběžnější projev agrese vzhledem k dítěti. Významné pro hodnocení agrese dospělého vůči dítěti je posouzení dané situace z hlediska četnosti agrese, její kvality (typu a charakteru), délky (opakující se nebo jedná-li se o věc jednorázovou) a posouzení souvislosti (pokud je trest za něco – její úměrnost, přiměřenost vzhledem k „provinění“ dítěte, významná je také časová spojitost trestu, nebo jestli se jedná o neopodstatněné napadení dítěte dospělou osobou, nebo agresi z bezvýznamných důvodů). (Slaný, 2008, s. 16–18)

Hranice odlišování tělesného trestu od týrání může být v rámci transkulturního hlediska odlišná, a to tím spíše, že tělesné tresty zaujímají i v dnešní době, a to kdekoliv na světě, pořád podstatné místo ve výchově dětí. Tělesný trest se od týrání liší v tom, že při tělesném trestu musí být dítěti zcela jasné a evidentní, že ho rodič trestá proto, že mu záleží na tom, co z něj vyrostе za jedince. Je to tedy v podstatě jakýsi trest „z lásky“. (Slaný, 2008, s. 16–18)

Dítě je o to víc ohroženo fyzickým týráním například v situacích, kdy se jeho rodiče rozvádí, kdy je rodina vystavena stresové události nebo zátěži, se kterou se nedokáže srovnat. Také v situacích, kdy se v rodině objevila závislost na návykové látce nebo při tzv. Médeině syndromu, kdy chce jeden z rodičů ublížit tomu druhému tím, že týrá jejich společné dítě. (Slaný, 2008, s. 16–18)

Fyzickým násilím může být označeno bezprostřední tělesné ubližování, např. fackování, bití rukou nebo objekty, pálení (např. cigaretou, od kamen nebo jiných topných těles), opaření, svazování, přivazování k něčemu, topení ve vodě, vystavování chladu, zavírání do odloučených pokojů, odpírání stravy. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 143) Dalšími akty tělesného násilí probíhajících na dětech jsou: modřiny, oděrky, holiny po vytrhaných vlasech, řezné, sečné a bodné zranění, a mnohé další. (Špatenková, 2004, s. 125)

Fyzické násilí na dětech si sebou nese samozřejmě i své důsledky. Těmi mohou být například nedostatky v oblasti poznávacích procesů (řeč, myšlení), což může negativně působit na školní úspěšnost. Nejcharakterističtějšími odlišnostmi jsou odchylky v emocionalitě. Tito lidé bývají citově nestálí a oploštělí, vznětliví, popudliví, mnohdy se chovají agresivně. Mají sklon k sebepodceňování, obtížněji se orientují v mezilidských vztazích. V dospělosti se může stát, že mají potíže v seberealizaci, jsou bez zaměstnání, nedokážou zvládat rodičovskou úlohu a mnohokrát neumějí sami ukojit potřeby svých dětí, čímž je samotné vystavují ohrožení. (Fischer a Škoda, 2009, s. 150–151)

1.3.3 Psychické týrání

Psychické násilí (nebo také citové, emocionální, duševní týrání) je zacházení s dítětem, které je vyvoláno nepřiměřeným tlakem ze strany dospělých. Na dítě může být uplatňováno ve formě ponižování, vyhrožování, omezování nebo obviňování. Tím vším dětská psychika trpí, protože nezažívá pocit přirozené lásky. Tu si spolu se zájmem dospělých, pochvalou a přijetím musí dítě nějakým způsobem „zasloužit“. Samozřejmě každá podoba psychického týrání má nepříznivý vliv jak na vývoj dítěte (zejména v oblasti citové, v sebehodnocení a sebedůvěře), tak na navazování vztahů a chování vůči druhým lidem. (Cimrmannová, 2014, s. 158–159)

Psychické násilí nemá podobu modřin, které by mohl někdo vidět nebo si jich všimnout, proto je těžší takové ubližování diagnostikovat. Okolí si ale může všimnout výrazné změny v chování, zhoršení prospěchu ve škole, odloučení od vrstevníků, nevěle obstarávat něco doma. Zdravotnický pracovník si může všimnout opakované nemoci nebo dalších mimořádných projevů v chování dítěte. (Cimrmannová, 2014, s. 158–159)

Konkrétní projevy psychického násilí a týrání mohou být následující: ignorování dětí, izolování od ostatních, terorizování, ustavičné napomínání, devalvování, naléhání k provádění určitého úkonu, který dítě není schopno splnit (např. ve škole). Velmi často se vyskytující situací, při níž dochází k psychickému týrání, jsou rozvody, kdy se rodiče o dítě přou. V těchto situacích je dítě obvykle uráženo ponižujícím srovnáváním s protějším partnerem („jsi neschopný jak otec“, „jsi po své matce“). Takové případy nevhodného porovnávání mohou nastat také vzhledem k dalšímu sourozenci, kdy jeden je nekriticky uváděn za ideál tomu druhému. Obdobný stav může vzniknout také po smrti jednoho ze sourozenců. (Slaný, 2008, s. 24–25) Psychické, citové a emocionální týrání

dítěte zpravidla doprovází i další formy zneužívání. Samotné psychické týrání se ovšem velmi obtížně dokazuje. (Špatenková, 2004, s. 125)

Psychické týrání sebou nese velmi podobné následky jako fyzické týrání. Osvojené příklady chování z orientační rodiny přebírají a s velkou probabilitou z týraných dětí vzniknou týrající rodiče. (Fischer a Škoda, 2009, s. 150–151)

1.3.4 Sexuální zneužívání

Tato forma syndromu CAN je velmi specifická. Jde o zneužití moci, vztahu a závislosti dítěte na dospělém člověku. Postihuje nejjintimnější sféru a může mít vliv na celý následující emoční život, sebepojetí a vztahy k okolním lidem a prostředí. Jedná se o situace, kdy je dítě pod vyhrůzkou, podvodem nebo sváděním přinuceno k jakémukoliv pohlavnímu kontaktu. (Cimrmannová, 2014, s. 159–160)

Jednou z forem je bezdotykové sexuálního zneužívání. Sem nejčastěji řadíme exhibicionismus. V tomto případě se jedná o muže, kteří ukazují své pohlavní ústrojí dětem. Další podoba pohlavního zneužívání se může projevat formou tzv. voyerství, což jsou slovní sexuální nabídky dospělého dítěti či výstava dítěte pornografií. (Slaný, 2008, s. 26–27)

Další formou je kontaktní pohlavní zneužívání, které nazýváme pedofilie. Pederastií pojmenováváme sexuální abúzus, kterého se dospělý muž dopustil na chlapci. Mezi sexuální zneužívání řadíme obtěžování, kdy je dítě osaháváno či líbáno. Toto konání je často orientováno na erotogenní oblasti a doprovázeno verbálně, buďto nemravně nebo ve dvojsmyslech a náznacích. Vystupňované obtěžování, kdy dochází k zintenzivnění aktivit ze strany dospělého, nazýváme sexuální útok. U znásilnění dítěte dochází k násilnému vniknutí do vaginy, konečníku či úst dítěte penisem. (Slaný, 2008, s. 26–27)

Dále je popsán způsob pohlavního zneužívání, který označujeme jako incest. Jedná se o sexuální styk mezi dítětem a jeho biologickým rodičem, příbuzným, nepokrevním rodičem či styk mezi sourozenci. (Slaný, 2008, s. 26–27)

Stejně jako zanedbávání, fyzické a psychické týrání, i sexuální zneužívání má své velmi vážné důsledky. Mezi ty nejpodstatnější můžeme zařadit traumatické sexualizace, které se projevují výrazným sexuálním jednáním (provokativností) nebo naopak obavou z pohlavního styku či jeho potlačování. Negativní zkušenost může vyvolat v jedinci pocit ztráty bezpečí, důvěry k rodině, blízkým i k druhým lidem. Mají pocit bezbrannosti a

scházející pomoci a podpory. Dlouholetý nežádoucí zážitek může směřovat ke vzniku různorodých psychických a behaviorálních poruch. Dalším následkem sexuálního zneužívání se může stát etiketizování a sociální stigmatizace. Navíc i zde hrozí riziko, že se zneužívaná osoba jednou sama stane pachatelem takového zneužívání. (Vágnerová, 2014, s. 568–570)

1.3.5 Zvláštní forma syndromu CAN – Münchhausenův syndrom

Mnohdy může mít tělesné i psychické týrání neobvyklou formu, která se rozeznává ještě mnohem hůře. Jednu z takových forem nazýváme tzv. Münchhausenův syndrom (v češtině přeloženo jako „*syndrom barona Prášila*“, v psychiatrických diagnostických manuálech uváděn pod pojmem „faktitativní“ či předstíraná porucha) v zastoupení (by proxy). Münchhausenův syndrom pokaždé zahrnuje výrazně hlubší motivaci, ať už jde o „vyrábění“ symptomů onemocnění vlastní či u druhé osoby (tj. v zastoupení – „*by proxy*“). Pokud se objeví případ Münchhausenova syndromu v zastoupení, nejde o jednoduše motivované konání, ale jev má mnohem hlubší podstatu. (Krejčířová, 2007, s. 16) Podle Slaného (2008, s. 16) Münchhausenův syndrom v zastoupení popisuje stav, kdy rodič nechává své dítě opakovaně vystavovat vyšetřování a léčení, mnohdy značně agresivní a intenzivní metodou, přičemž vyvolávající původ údajné nemoci je buď úplně smyšlen, nebo je to prostředek agrese dospělého vzhledem k dítěti v rámci syndromu CAN.

V přítomnosti zdravotnického personálu se takové matky chovají k dítěti obvykle citlivě a mile, hrají vroucí vztah, ale po odchodu pracovníků dítě ignorují nebo jsou k němu dokonce suroví. V dnešní době, kdy do zdravotnického zařízení bývá velmi často přijímána i matka, bývá velká pravděpodobnost, že se tyto praktiky budou opakovat i během hospitalizace. (Krejčířová, 2007, s. 16–18)

Rodiče, většinou matky, oznamovali a sami navozovali tělesné problémy dítěte, způsobovali mu intoxikace či přerušovali terapii, neposkytovali potravu, ohlašovali alergie apod. Pojmenování Münchhausenův syndrom v zastoupení někteří autoři považují za částečně omezující, protože upozorňuje spíše lékaře, ale směřuje k podcenění v dalších okruzích péče o dítě (sociální, poradenské). Z tohoto důvodu preferují termín „syndrom navození nemoci“ (illness induction). Profesionálové, zabývající se tímto syndromem uvádí, že jde o způsobování zdravotních obtíží dítěte, které pro rodiče (matky) může obvykle znamenat možnost východiska z osobních nebo manželských potíží. Utajenou

motivací nejspíš bývá získání uznání jako „dokonalý rodič“, nutnost obdivu za ošetřování o závažně nemocné dítě, touha získání pozornosti doktorů i dalšího okolí a manipulování s „významnými zdravotníky“, z toho důvodu bývá občas zařazováno pod zneužívání. Takové matky bývají samotné uchváceny zdravotnictvím a velmi často jsou zaměstnání ve zdravotnictví. Mnohé postupy „vyrábění symptomů“ – zanášení infekce do poranění, intoxikace – ale jsou opravdovým fyzickým týráním a způsobují dítěti trápení a dokonce mohou směřovat i k jeho smrti (mortalita představuje 6–19% případů). Mučení dítěte je v takovýchto kauzách často opakované a mnohdy zasáhne více dětí v rodině. (Krejčířová, 2007, s. 16–18)

Jsou i případy, kdy navozené onemocnění nemusí mít pouze charakter tělesný, ale může se jednat o vyvolání závažných příznaků psychických – především představy psychóz s přeludy, stavy deliria a bludy, známky autismu či mentálního postižení. Jestliže se jedná o potravu, představuje to hlavně její nedostačující přísun, ale je možné se setkat i s případem opačným – přejídání dítěte (v úvahu se musí brát i dědičné dispozice). (Krejčířová, 2007, s. 16–18)

1.4 Rizikové faktory

Při hodnocení objevujeme u rodiny většinou několik rizikových faktorů. Za nevhodným zacházením s dítětem skoro nikdy nestojí jen jeden z nich. Avšak vyskytují se rodiny, u kterých nalezneme několik rizikových charakteristik jak na straně dětí, tak dospělých a přitom u nich nedochází ke špatnému zacházení s dětmi. K tomu dojde jen v těch případech, u kterých je souhrn rizikových činitelů větší než soubor činitelů projektivních. Vzájemné působení obou těchto faktorů je velice komplikované. Některé z nich jsou krátkodobé, jiné dlouhodobé, některé projektivní faktory mají větší vliv na rizikové faktory než jiné. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 144–145)

1.4.1 Rizikové faktory na straně rodičů

Dítě nejčastěji týrá dospělý z rodiny nebo z nejbližšího okolí dítěte.

Zanedbávání ohrožuje spíše svobodné matky, které nemají uspokojivé zázemí. Další rizikovou skupinou jsou dospělí trpící duševním onemocněním, především depresí, schizofrenií, laktační psychózou, dospělí s organickým postižením mozku či osoby závislé na návykové látce, alkohol nebo herní automaty. Velmi často jsou tyto rodiče nazýváni jako „dětinští“. Matky, které zanedbávají děti, mívají častokrát děti s odlišnými partnery.

(Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 145) Dalším rizikovým faktorem na straně rodičů u zanedbávaných dětí je workoholismus, dlouhodobě nemocní nebo invalidní rodiče. Další skupinou jsou rodiče, kteří nemají povědomí o sociohygienických normách nebo nutné zdravotní péče – např. nutnost očkování atd. (Slaný, 2008, s. 29)

Tělesné týrání se objevuje u dítěte, jehož trýznitel trpí depresemi, úzkostnou poruchou apod. Tím dospělý své psychické napětí ventiluje. Schopnost chápat potřeby dítěte může zhoršovat odchylná osobnost rodiče (např. schizoidní). To může ještě více „podporovat“ jeho špatné zacházení s dítětem. Rizikovým rodičem se může stát i rodič, jenž se sám kdysi v dětství nacházel v takovéto rodině častěji než v ostatní populaci. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 145) Mezi rizikové skupiny dospělých se řadí také agresivní jedinci, nezralé osobnosti a lidé, kteří zažívají např. neúspěchy v životě nebo v zaměstnání. Další kategorií jsou lidé, kteří se stali rodiči příliš brzo, trpí duševním onemocněním, jsou mentálně retardováni, užívají návykové látky nebo uznávají jiný styl života (náboženský, rituální). (Slaný, 2008, s. 17)

Sexuálního zneužívání se obecně dopouštějí osoby, které trpí osobnostními anomáliemi (především impulzivitou, agresivitou, lhostejností), psychickými onemocněními, závislostí na návykových látkách nebo lidé, kteří sami prožili v dětství nějaké trauma. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 147–148) Krejčířová (2001, s. 69) k tomu doplňuje ještě velké očekávání ohledně chování dítěte, nízkou frustrační snášenlivost trýznitele, nízký věk rodiče (zejména u matky) a jeho sociální odloučení, nezaměstnanost rodiče a konfliktní vztahy v širší rodině. Sexuálního zneužívání se dopouštějí nejčastěji muži, kteří mají příbuzenský vztah k dítěti (otec, strýc, děd, nevlastní otec). Tito muži bývají charakterizováni jako jedinci abnormální, s nižší inteligencí, sexuálně frustrovaní, často se závislostí na alkohol nebo jiné drogy, sociálně hůře přizpůsobení. V některých případech jde ale o muže sociálně úspěšné. Matky, které pohlavně zneužívají své syny, jsou citově neuspokojeny. Bývají rozvedeny, ale liší se od mužů, kteří zneužívají děti v tom, že jejich osobnosti nejsou popisovány jako abnormální. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 145)

1.4.2 Rizikové faktory na straně dětí

V některých případech mohou děti svým charakterem, popř. handicapem představovat určitou přítěž pro rodiče, kteří nemají tu schopnost takovou zátěž zvládnout, přestože odlišný rodič by ji zdolat mohl. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 148)

Rozlišujeme několik rizikových faktorů, které mohou přispět k nevhodnému chování k dítěti. Jedním z nich jsou biologičtí činitelé, mezi které patří: nedonošenost nebo malá porodní hmotnost dítěte, komplikovaná povaha nebo jeho nestabilita, dlouhodobá nemoc dítěte či jeho opakovaná nemocnost. Dalšími biologickými riziky jsou vrozená fyzická či mentální vada, psychomotorická opožděnost, nešikovnost, snížené rozumové nadání, problém s jídlem nebo trávicí potíže, pohlaví – dívky se stávají častěji oběťmi pohlavního zneužívání než hoši. Mezi další faktory, které jsou na straně dětí a stupňují tak možnost špatného zacházení s dítětem jsou: nechtěné těhotenství, některá z forem neurčité vazby na rodiče, přerušování styku s rodičem po delší období, nevysvětlení dítěti o možnosti intimního zneužití, nepatrné sebehodnocení a vysoká závislost na okolí. (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 148)

Zanedbáváním jsou nejvíce ohroženy děti, které jsou neaktivní nebo pomalé. Další skupinou jsou děti s nízkou mírou sebestopasování, děti mentálně postižené nebo s handicapem (a to velmi často s handicapem kombinovaným). (Slaný, 2008, s. 17–18)

Tělesné týrání hrozí dětem, které jsou problémové (lehká mozková dysfunkce, ADHD syndrom, neklidné, labilní, negativistické, uplakané, úzkostné děti. Další rizikovou skupinou jsou děti psychicky či jinak retardované. To může vyvolat zklamání rodičů vzhledem k předpokládaným výkonům dítěte. Dále jsou to děti autistické, těžce sociálně přizpůsobivé, nestandardně psychomotoricky vyžívající děti. A velmi hojnou kategorií jsou děti nechtěné. (Slaný, 2008, s. 17–18)

Sexuální zneužívání podle Slaného (2008, s. 28) často postihuje děti, které jsou mentálně retardované, protože pachatel předpokládá, že dítě nebude schopno vypovídat, nebo mu nikdo neuvěří. Dalšími rizikovými skupinami jsou děti z dysfunkčních až afunkčních rodin a děti, u nichž rodiče netuší, s kým se stýkají. Rizikové mohou být také děti, na které nemají rodiče dostatek času a které pobývají na táborech, internátních zařízeních apod. Jsou i případy, kdy dívka dospělého přímo provokuje a svádí svým chováním, oblečením, gesty, aniž by si uvědomovala eventuální důsledky takového chování.

2 OHROŽENÉ DÍTĚ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Zdravotnický personál se může ve zdravotnickém zařízení setkat s rodinou jako s klientem v různorodých podobách – může se jednat o práci s celou rodinou, jejím dílem (rodič- dítě), s dospělým anebo právě s dítětem. (Kuzníková, 2011, s. 77)

2.1 Podezření na ohrožené dítě v rodině

Zdravotnický pracovník může pojmout podezření na syndrom CAN z mnoha důvodů. Jedním z nich může být podezření, že dítě žije v ohroženém prostředí, a to z důvodu časté hospitalizace dítěte, neshody v osobní anamnéze nebo opakované změny ve výpovědi o úraze nebo nemoci. Druhým důvodem pro podezření ohroženého dítěte v rodině je rozpoznání nedoporučených léčebných postupů, kterých se dopouštějí rodiče na svém dítěti. Další příčinou pro podezření ze syndromu CAN je rozeznání chybného způsobu léčby rodiče o dítě, zahrnující i stravování. Zvláštní pozornost je důležité věnovat anomáliím v oblékání, chování, zahojeným zraněním, jizvám, opruzeninám a dalším fyzickým a psychickým neobvyklostem, kterých si na dítěti můžeme všimnout a které jsou popsány v 1. kapitole. (Kol., 2014, s. 98)

Dalším důvodem pro podezření z týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte je ten, že se dítě svěří zdravotnickému personálu. To od něj vyžaduje notnou dávku odvahy, neboť „žaluje“ na člověka, který má nad dítětem autoritu a vyšší moc. Jestliže tedy pojme zdravotnický pracovník při kontaktu s dítětem podezření, že je dítě zneužíváno, týráno nebo zanedbáváno je v první řadě důležité, aby si tento pracovník uvědomil, jak má na takovou situaci zareagovat (Sedlářová, 2008, s. 195).

V případě že získané informace budou nasvědčovat tomu, že je dítě ohroženo, rozhodně bychom neměli situaci bagatelizovat, popírat nebo dokonce ignorovat. I kdyby se oznámení dítěte zdálo nepravděpodobné, je nutno dítě vyslechnout. Je nepřipustné, aby se v rámci první pomoci dítě setkalo s reakcí jako „*to není možné, že to není pravda*“ aj. Je důležité si uvědomit, že pokud se nám dítě svěří s tak vážným problémem, je to projev nesmírné důvěry. Empatie je v tomto případě tedy samozřejmostí. Nikdy bychom neměli ponižovat osobnost pachatele, a to především v případě, že je jím osoba příbuzná- matka, otec, bratr, sestra, prarodič, případně další blízcí lidé. Je možné kritizovat onen odpuzující čin, nikoliv však osobu blízkou. V případě, že by došlo k ponížení a urážkám pachatele, mohla by být kompromitována nebo minimálně ztížena terapie dítěte, eventuálně celé

rodiny. Povinností zdravotnického pracovníka v této situaci je pravdomluvnost, upřímnost a jasná perspektiva. V žádném případě by zdravotnický personál neměl lhát o tom, že se rodiče nic nedozví, naopak. Otevřeně mluvit o tom, že se tímto závažným oznámením musí podle zákona dále zabývat orgány činné v trestním řízení, eventuálně OSPOD (Orgán sociálně- právní ochrany dětí). Pravdivě dát oběti na vědomí, že si o tomto tématu s ním budou povídat i jiní profesionálové v oboru. Pokud se nás dítě bude ptát na jakékoliv další otázky, vždy musíme pravdivě odpovědět. Rozhodně bychom se v případě neměli nijak zvlášť pitvat. Nejlepší možností je dítě taktně nasměrovat tak, aby bylo uspokojeno, ale v žádném případě nepátrat po podrobnostech. Pro většinu obětí trestných a především mravnostních činů je mnohem traumatizujícím prožitkem sekundární viktimizace s přebytkem a neoprávněným vyzvídáním detailů. Velkým doporučením je se bez emocí před dítětem telefonicky spojit s experty a domluvit si s nimi setkání. (Kuzníková a kol., 2011, s. 138–140)

Zdravotnický personál – ZSP (Zdravotně sociální pracovník), všeobecná sestra (VS), pediatr, psycholog, psychiatr, atd., by měli zabránit soukromé komunikaci mezi dítětem a jeho doprovodem. Od doprovodu je ovšem důležité poznamenat si všechny získané informace do zdravotnické a sociální anamnézy, který musí obsahovat také datum a čas prvního podezření na syndrom CAN, jméno a kontaktní údaje na osobu, která dítě doprovázela. Poté následuje zápis vlastního šetření, tedy subjektivní popis obtíží, sdělený dítětem nebo doprovodem a komplexní lékařské vyšetření dítěte s popisem nálezu. (Kol., 2014, s. 98–99)

Pokud chceme identifikovat syndrom CAN, musí být dodržena hlavní podmínka a tou je příčinná souvislost mezi činností viníka vzhledem k dítěti, jež má přímé a nepřímé důsledky pro situaci a rozvoj dítěte nebo na jeho individuální oblasti života. (Dunovský, Dytrych, Matějček a kol., 1995, s. 12)

2.2 Zákonné normy

Zákonné normy, které řeší situace, kdy je dítě v ohrožení, jsou v podstatě dvojího charakteru. Je to nejen zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ale také trestní zákoník (40/2009 Sb.). Právě ten určuje v § 367 a § 368 možný dopad na jednotlivce, kdy jedinec může být stíhán za nepřekážení trestného činu nebo jeho neoznámení a to v případě, kdy jedinec ví, že byl trestný čin spáchán, ale nechá si tuto

skutečnost sám pro sebe. Toto jednání může vést až k tomu, že jedinec bude sám stíhán, protože se dopustí trestného činu.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí nabízí každé osobě, která má podezření na týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte, kontaktování pracovníka orgánu sociálně- právní ochrany dětí. Oznámení lze provést anonymně. Samotné dítě má právo (§ 8) vyhledat pomoc pracovníků orgánu sociálně- právní ochrany dětí, a to i bez vědomí rodičů.

Jestliže se pracovník zdravotnického zařízení setká s dítětem, u kterého má podezření na jeho ohrožení, řídí se podle § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., který vymezuje povinnost těchto pracovníků bez zbytečného odročení ohlásit orgánu sociálně- právní ochrany dětí tuto skutečnost.

Pomáhající profesionálové se nemohou dovolávat povinnosti zachování mlčenlivosti, a to zvláště u případu dětí, které jsou týrané nebo sexuálně zneužívané. Pokud se někdo rozhodne ignorovat oznamovací povinnost, hrozí mu pokuta ve výši až 50 000 Kč nebo trest odnětí svobody až na 3 roky. (Cimrmannová, 2013, s. 111)

Důležité je upozornit, že vždy ohlašujeme podezření na syndrom CAN, nikoliv na týrání. Pravomoc potvrzení či vyvrácení týrání přísluší orgánům činným v trestním řízení, proto by si měli zdravotničtí pracovníci uvědomit, že nikoho přímo neobviňují, nýbrž ohlašují, že v dané situaci se jedná o událost, kterou si nedokážou vyložit jinak, než vyslovením podezření na týrání. (Kuzníková a kol., 2011, s. 138–140)

2.3 Komunikace s ohroženým dítětem

První kontakt se zdravotnickým personálem může pro ohrožené dítě příležitost identifikace tohoto problému. Tato příležitost se již nemusí opakovat, proto je důležité znát základy dobré komunikace s dítětem.

Soustavnou podporu a pomoc sice může poskytnout pouze osoba, která absolvovala specializované vzdělání a která se v této problematice dobře orientuje, ale do situace prvního kontaktu s ohroženým dítětem se může dostat jakýkoliv pracovník pomáhající profese. (Cimrmannová, 2013, s. 107)

Jeho komunikace bude hrát podstatnou roli nejen při navazování vztahu s klientem, ale také při následné terapii. Zvláště pak komunikace s dětským pacientem je v každém případě velmi specifická. Pokud chceme, aby dítě spolupracovalo, je nezbytná efektivní

komunikace ze strany zdravotnického personálu. Komunikaci s dítětem modifikují, eventuálně pomáhají nebo omezují neobvyklosti a okolnosti hospitalizace, proto je nutné je znát. Vliv na komunikaci má také zdravotní stav, povaha a typ onemocnění dítěte, aktuální prožívání a psychický stav dítěte. Je důležité a nezbytné, aby zdravotnický personál, který pracuje s dětskými klienty, neustále posiloval své schopnosti v komunikaci. (Boledovičová, 2006, s. 79)

Podle Cimrmannové (2013, s. 150) by měl profesionál vytvořit takový prostor při komunikaci a rozhovoru, který vzbuzuje důvěru pacienta. Dítě by mělo být oceňováno, povzbuzováno a mělo by mu být vyjádřeno pochopení. Pozornost by měl zdravotnický pracovník věnovat také slovníku dítěte, díky němuž můžeme získat nutné informace.

Zdravotnický pracovník, který komunikuje s dítětem nebo s jeho rodiči, by měl disponovat velkou trpělivostí, pečlivostí, otevřeností, lidskostí, schopností naslouchat, ale také profesionálním jednáním. Je nutno naslouchat nejen sluchem a zrakem (komunikace neverbální), ale především srdcem (empatie) – to platí dvojnásobně právě u komunikace s dítětem. (Matějček, 2001, s. 102)

2.3.1 Komunikace s ohroženým dítětem podle jeho věku

Prvotním předpokladem zdařilé komunikace pracovníka s dítětem je dobrá znalost vývojových charakteristik a zvláštností všech vývojových etap od narození až po dospívání dítěte. Ve vztahu zdravotnického pracovníka a dítěte stanovují charakter komunikace determinanty, jakými jsou především věk a řečová způsobilost. (Boledovičová, 2006, s. 79–82)

- **0 – 3 roky** – novorozenecké, kojenecké, batolecí období. Rozhodujícím činitelem je vývoj komunikace na verbální rovině. Do té doby může pracovník rozeznat kterékoliv nesrovnalosti zejména pozorováním, protože samotné dítě nám moc informací nepodá. Krizové situace chápe dítě na úrovni spokojenosti – nespokojenosti, bázlivosti, strachu. (Cimrmannová, 2013, s. 146–149)
- **3 – 6 let** – v tomto věku je již dítě schopno se verbálně projevat. Mohou ovšem nastat překážky, které vyjadřování překáží. Při komunikaci s dítětem je vhodné používání her a hraček, zvláště pokud mluvíme o něčem obtížném. Na chování, sociální interakci a hře můžeme nejlépe pozorovat projevy krize. V předškolním

věku se dítě může snažit u zátěžového stavu a smutku situaci paradoxně odlehčit-
vtipy, „šaškování“. Díky tomu může dojít k nepovšimnutí závažnosti dětské reakce
dospělým člověkem, podcenit ji a chování si vysvětlovat jako nevychovanosti nebo
cynismus ze strany dítěte. (Cimrmannová, 2013, s. 146–149)

- **6 – 11 let** – období překrývání se s prvním stupněm základní školy. Je již schopnost
dítěte komunikovat verbálně na veškerých úrovních. Bariérou může být nemalý
stud nebo pocit viny, a to především v případě, že předchozí doba neproběhla
optimálně. Pokud mluvíme s dítětem o něčem nepříjemném, mohou být pro něj
posilou neverbální projevy. Právě v případě rodinné patologie je náročné prolomit
zábrany mlčení, to může být spojeno i s přijetím v rodině. Jestliže dítě tuto
mlčenlivost nedodrží, může být bráno jako ten, kdo podvedl a nezaslouží si lásku a
přijetí. Všeobecně lze ale říci, že je dítě schopno verbálně vyjadřovat, co se děje,
popisovat emoce a myšlenky, které dospělý mohou chápat jako nepochopitelné a
iracionální, v některých případech až morbidní nebo nepatřičné. Tím snadno vzniká
pocit, že si dítě vymýšlí. Tato nedůvěra mívá tragické následky. (Cimrmannová,
2013, s. 146–149)
- **12 – 15 let** – na druhém stupni základní školy je dítě schopno dobře verbálně
komunikovat. V tomto věku je však také velmi snadno manipulovatelné a
ovlivnitelné z hlediska názorů, které dosud nejsou zcela zažity. Protože se dítě
zatím učí adekvátně projevovat své emoce, mohou některé příběhy vyznít
nevěrohodně. Proto je nezbytné v krizových situacích neustále vyslovovat důvěru
v jeho slova. Jelikož je dítě v tomto věkovém období stále závislé na dospělých, je
projev důvěry zásadním faktem. Pro tento věk je celkem obvyklé, že dítě testují
různé situace a zkouší reakce dospělých. Tudiž může nastat podcenění krizové
situace a odmítnutí dítěte. V tomto věku je ideální aktivně krizi zpracovat.
V případě, že se to podaří, vytváří se příznivá zkušenost na celý život.
(Cimrmannová, 2013, s. 146–149)
- **15 – 18 let** – v tomto období se mladí dospělí snaží učit být dospělými a
odpovědnými, stále ale mají právo na pomoc „opravdu dospělých“. Vypěstlost
verbální komunikace je ale prakticky na totožném stupni jako u dospělých. Pokud
se tedy pomáhající setká s dítětem v tomto věku, který je v krizi, není pro něj
problém pochopit, ale spíše posoudit dovednosti, kompetence a závislosti dané

osoby. Tím, že dospívající dovrší patnáctého roku života, stává se trestně zodpovědným za své konání. To je podstatný faktor. Tato hranice totiž souvisí s pohlavním dozráváním, legálním začátkem sexuálního styku a otázkami kolem sexuálního zneužívání. Dokázat, jestli měl mladý klient sexuální styk dobrovolně se svým partnerem (ať již trvalým či náhodným) nebo jestli byl sexuálně zneužit, je velmi náročné. Dosáhnutí patnácti let jsou pro pachatele momentem, které jim „nahrává“ a ztěžuje eventuální vyšetřování. (Cimrmanová, 2013, s. 146–149)

2.4 Práce s dysfunkční rodinou

Pracovník, který pracuje s rodinou ohroženého dítěte, by měl předpokládat, že dospělí příslušníci rodiny budou prosazovat obranný postoj k řešení situace. Ochota těchto členů docházet do zdravotnického zařízení nebude vysoká. Proto je důležité, získat si důvěru rodiny. Problémové rodiny za sebou mohou mít řadu zkušeností s všelijakými pracovníky a institucemi, kteří se již mohli podílet na řešení jejich situace. Z tohoto důvodu je dobré hned při prvních setkáních s rodinou zjistit, s kým rodina spolupracovala, jak tato spolupráce vypadala a jak ji samotná rodina vnímala. Může se také stát, že v momentě, kdy zdravotně sociální pracovník začne s rodinou pracovat, je již rodina napojena na jiné organizace. I to by měl zdravotně sociální pracovník zjistit a rozvrhnout kompetence. Pracovník by měl především podporovat schopnost rodiny řešit své problémy vlastními silami. Pomáhající je pouze prozatímní spojenec pro tuto rodinu a pro vše, co dělá. Měl by členy rodiny vést ke stavu, v němž ho rodina nebude potřebovat. (Matoušek, 2003, s. 202–220)

Není potřebné, aby se místo spolupráce s rodinou na hledání náležitého řešení, situace proměnila na souboj o moc. V takovém případě se vytrácí možnosti reálné kooperace a většinou „nezvítězí“ nikdo. Některé vyjádření rodičů odborníky opodstatněně obtěžuje (např. vulgární komunikace s dítětem, obviňování pomáhajících pracovníků). Nepatříčně se chová převážně člověk, který se sám cítí frustrovaný a mizerný. V těchto situacích usilujeme o uznání rodičů v jejich rolích, zkusme projevit více pochopení pro podněty k tomuto chování a budujme takový prostor, díky kterému by nám mohli sdělit, co chtějí. Tím jim můžeme pomoci podívat se na potřeby dítěte jiným úhlem. V těžkých situacích, kdy je potřeba se s rodičem nějakým způsobem dorozumět, máme možnost zvyšovat vzájemnou toleranci, protože bez pomoci rodičů a bez jejich spolupráce nemohou nastat změny v naplňování potřeb jejich dítěte. (Kol., 2014, s. 92–93)

2.5 Prevence syndromu CAN

Podstatným úkolem zdravotnického pracovníka v řešení problematiky syndromu CAN je aktivní předcházení tomuto jevu, tedy jeho prevence.

Primární prevence se soustředí na posilování rodičovského vztahu, který je založený na poznání dítěte a jeho pochopení. Také je založena na skutečné lásce k dítěti, na jeho naprosté ochraně a na nepřenášení neshod mezi rodiči na dítě. U dítěte se pak při primární prevenci zdravotník koncentruje na brzké a přiměřené sexuální výchově. Ta by měla spočívat především ve varování dítěte na různorodé nebezpečí, které může nastat, na nedotknutelnost jeho těla a povinnosti zavrhnout cokoliv, co je mu nepříjemné. V dnešní době již existuje spousta metodických manuálů na toto téma. (Elliotová, 1995, s. 16)

Sekundární prevence se zabývá zejména odhalováním ohrožení, hlavně tedy u dysfunkčních rodin, u rizikových dětí (nedonošených, handicapovaných, s dětskou mozkovou dysfunkcí). Tyto děti sleduje a snaží se v rozsahu své dispenzární péče o zdokonalení rodinné situace, většinou v těsné spolupráci s OSPOD. (Dunovský, 1999, s. 241)

Terciární prevence spočívá a souvisí s vlastní terapií a rehabilitací dětí, které prožili krizovou situací. Tento poslední bod má za cíl zamezit dalšímu zhoršování jejich stavu a pomoci jim najít co nejvíce přijatelné řešení i v těch nejhrůznějších podmínkách. Nepostradatelně sem patří např. i prepubertální a pubertální dívky, u kterých docházelo k sexuálnímu zneužívání v rodině a kde se nepodařilo soudně usvědčit obžalovaného z důvodu nedostatku důkazů, nucené zrušení obvinění). (Dunovský, 1999, s. 241)

2.6 Léčba

V případě ohrožení dítěte je nezbytná spolupráce všech institucí, které by mohly pomoci k vyřešení rodinného problému. Cílem sociální práce s dysfunkčními rodinami je odstranění špatného zacházení s dětmi a jeho důsledky, vybudování podmínek na tělesný, psychický a sociální klid dítěte a zidealizování fungování rodiny. (Gabura, 2012, s. 150)

Léčba syndromu CAN musí být jak symptomatická, tj. orientovaná na symptomy ubližování, tak především příčinná, neboli kauzální. Ta potom směřuje zpětně k předcházení dalšího ohrožení dítěte, tedy k jeho prevenci. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 397)

První krok, který by měl být poskytnut v ohrožení dítěte, se nazývá **krizová intervence**. Cílem tohoto zásahu je zamezit dalšímu ohrožení dítěte. Důležité je, aby byla dítěti zaručena jeho bezpečnost, a stres byl snížen na minimum. (Vágnerová, 2014, s. 575) Krizová intervence obsahuje také prvotní diagnózu, která zjišťuje rozsáhlost, závažnost, místo zasažení i nebezpečnost dílčích symptomů pro život i zdraví poškozeného. Střednědobá intervence dovršuje definitivní diagnózu na podkladě konkrétních vyšetření různého typu a jejich souhrn a zhodnocení zahrnující i znalecké posudky. Dále se postupuje v zahájení terapie. Dlouhodobá intervence v sobě zahrnuje souhrnné, interdisciplinární činnosti, které jsou samozřejmě ve prospěch dítěte. Jejich úkolem je odstranit nebo alespoň zredukovat veškeré ztráty, zapříčiněné ve spojitosti se zasažením dítěte syndromem CAN. Zdravotnický personál se zde opětovně koncentruje na léčbu dlouhodobého znevýhodnění, např. silná podvýživa, jizvící se vážné popáleniny, apod. (Dunovský, 1999, s. 240)

Velký důraz se klade na psychoterapii a socioterapii. Léková terapie se může aplikovat ze začátku, kdy je potřeba zmírnit chorobný stav úzkosti, a tím pomoci k vytvoření vztahu mezi dítětem a odborníkem, ve kterém je možno traumatizující zkušenost zpracovávat. Především je ale terapie zaměřena na psychologické metody vedoucí ke zmenšení psychických následků týrání, zneužívání a zanedbávání. Efektivním východiskem je zapojit do procesu řešení situace jak celou rodinu, tak i viníka. Sociální práce s ním může být nejdříve individuální a to proto, aby pochopil příčiny a motivaci jeho nevhodného chování a aby si vytvořil úsudek a pracoval na nutné změně. Až 80 % dětí, které mohou projevit svůj názor, chce zůstat ve své rodině. Pokud dítě vysloví takovýto úsudek, mělo by mu být vyhověno, ovšem za podmínek, které situaci v rodině změní. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 397)

3 MULTIDISCIPLINÁRNÍ SPOLUPRÁCE

Zhodnocení situace, kdy je dítě ohroženo, je věcí komplikovanou a velmi náročnou. Jde o komplexní soubor jevů, při jehož východisku sociální pracovník potřebuje spolupráci a pomoc i ostatních odborníků. Stejně jako dospělý člověk, je i dítě biopsychosociální individualitou, u které je třeba hodnotit jeho situaci z hlediska zdravotního (resp. medicínského), psychologického, sociálního nebo sociálně-právního. Do posuzování je třeba zapojit odborníky ze všech těchto sfér a to např. pediatra, dětského psychologa, neurologa, dětského psychiatra, speciálního pedagoga, foniatra, logopeda, právníka a další profesionály. (Ševčík, 2011, s. 122–123). Právě spolupráce, různé názory a přístupy všech těchto odborníků zajišťují rychlejší a efektivnější pomoc v daném případě. (Krausová a Novotná, 2006, s. 102)

3.1 Odbor sociálně-právní ochrany dětí

Zásadní roli v systému péče o dětské oběti, na kterých bylo spácháno domácí násilí, hrají orgány sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Jejich posláním je především ochrana práv dítěte na pozitivní rozvoj a správnou výchovu, na ochranu příslušných zálib dítěte, zahrnující také ochranu majetku dítěte a na vliv směřující k obnovení porušených funkcí rodiny. Úkolem OSPOD v okruhu domácího násilí jsou obecní úřady obcí s rozšířenou působností. Tento úřad se organizačně člení na jednotlivé sekce a zpravidla v rámci odboru sociálních věcí jsou vyčleněni pracovníci pro sociálně-právní agendu ochrany dětí. Pokud zdravotnické zařízení kontaktuje OSPOD o případu ohroženého dítěte, který se vyskytuje v zařízení, musí OSPOD okolnosti v rodině blíže prošetřit a zhodnotit, jaké budou následující postupy na ochranu dítěte podle příslušných ustanovení zákona č. 359/1999 Sb. Počátečními opatřeními jsou:

- projednání veškerých záležitostí s rodiči nebo osobami, které jsou zodpovědné za vychovávání dítěte,
- realizace rozhovoru s dítětem s ohledem na jeho věk a rozumové schopnosti,
- poskytnutí odborného poradenství,
- uskutečnění návštěvy a sociálního šetření v místě pobytu,
- vyžádání jiných nezbytných údajů od jiných osob a organizací. (Ševčík, 2011, s. 122–123)

3.1.1 Sanace rodiny

Sanace rodiny je definována jako řízený komplex aktivit sociálně- právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, poskytované především rodičům dítěte nebo dítěti, které je ohroženo na sociálním, biologickém, zdravotním či psychologickém vývoji. Působení sanace rodiny je pokaždé uskutečňováno interdisciplinárním týmem v kooperaci s dítětem, pokud je to tedy možné a jeho rodinou. Aktivity sanace rodiny se v praktickém světě periodicky opakují v čase a drží se své obsahové i procesní organizace. To znamená, že každá sanace má svůj cíl nebo záměr, posouzení, plán, uskutečnění a monitorování. (Kol., 2014, s. 81)

Cílovou skupinou sanace jsou samozřejmě rodiny a děti. Úkolem sanace je upevnit sociální vztahy v rodině a jejím prostředí takovým způsobem, který by zabránil situování dětí do ústavní výchovy, v případě že se již v ústavní výchově nachází, pomoci rodičům získat dítě zpět do péče. V odborné bibliografii i v praxi můžeme najít různé chápání sanace rodiny. Ať už vezmeme nejužší pojetí, kdy za sanaci pokládáme práci s rodinou ze strany OSPOD, nebo pojetí v širším smyslu jakékoliv sociální práce s rodinou. (Janebová, 2011, s. 17)

Sanaci rodiny uskutečňuje interdisciplinární tým profesionálů (IT), který kooperuje s dítětem a rodinou. Profesionálové z řad IT jsou v styku s rodinou, dítětem a mohou se příznivě podílet na snížení míry ohrožení. Jejich aktivity jsou kontinuálně řízeny ideálně sociální pracovníci OSPOD. Dalšími odborníky mohou být ZSP, poskytovatelé sociálních služeb, psychologové, pedagogové, lékaři, a další. Kvalita poskytování sanace rodiny závisí právě na sestavení profesionálního IT, který klade požadavky u každého člena především na oblast odbornosti, schopnosti týmové kooperace a osobnostní dispozice. (Kol., 2014, s. 82–83)

3.1.2 Případová konference

Případová konference je nadějnou metodou, která vychází vsříc multidisciplinární koncepci hodnocení situace dítěte a která se bude v budoucnosti stále více aplikovat při práci s ohroženými dětmi. Jde o uspořádanou schůzku rodiny, dítěte a odborníků v kontaktu s rodinou. Cílem tohoto hromadného setkání je posouzení situace a zformování individuálního plánu péče pro dítě či rodinu, propojuje tedy v sobě složku hodnocení i plánování. Jsou i případy, kdy se případová konference stala zároveň i intervencí, a to tehdy, když samotná účast na shledání poskytla překvapující vedlejší

výsledky. Na schůzce se mohou podílet také členové nejbližší rodiny nebo přátelé, kteří mohou na vyřešení situace nějakým způsobem přispět. Profesionálové, kteří se účastní této konference, mohou být například sociální pracovníci, ZSP, dětské lékaři, pedagogové, psychologové, zástupce institucí poskytujících rodině své služby apod. Přítomnost dětí na případových konferencích je potřeba posoudit dle jeho věku, vývojové úrovně, situace rodiny, předmětu setkání a také dle požadavků dítěte. Pokud ovšem zvolíme možnost účasti dítěte, je nutná důsledná příprava dítěte pro jeho zdařilé zapojení. Musíme mu jasně a srozumitelně vysvětlit jak vše bude probíhat. Není pravidlem, že dítě musí být přítomno po celou dobu setkání, je možné vyzvat dítě jen na část setkání. Dítě má možnost zvolit si svého reprezentanta, který bude jeho podporou a který za něj může hovořit, nebo mu napomáhat s formulacemi myšlenek, pokud si to tak dítě bude přát. (Matoušek a kol., 2003, s. 238–240)

3.2 Pediatr

Pediatr je většinou první profesionál, který může odhalit ohrožení dítěte v rodině. Je to osoba, která jako první přichází do kontaktu s ohroženým dítětem. Může se s ním setkat ve své pediatrické ordinaci nebo v nemocnici. Pokud tedy pojme pediatr podezření na to, že může být dítě v rodině zanedbáváno, fyzicky či psychicky týráno, nebo sexuálně zneužíváno je důležité, aby uskutečnil rozhovor s rodinou a pacientem k vysvětlení mechanismu úrazu a jeho okolností. Nezbytné také je, aby provedl důkladné klinické vyšetření, popř. kontaktoval dětského gynekologa či oftalmologa (případně krvácení do sítnice oka). Pediatr má povinnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace hmotnost, výšku, BMI (body mass index), obvod hlavy a obvod paže dítěte. Podrobné vyšetření spočívá v prozkoumání kostry podle věku dítěte, rentgenový snímek lebky, sonografie břicha a laboratorní vyšetření. (Muntau, 2014, s. 562–564)

V případě jakéhokoliv nápadného tělesného nálezu je též nutné, aby tyto fyzické změny fotograficky zdokumentoval. Eventuálně by měl dětský lékař zajistit také prádlo a oblečení dítěte, na kterém se mohou vyskytovat stopy krve či spermatu. Pokud pediatr pojme podezření na syndrom CAN ve své ordinaci, okamžitě dítěti zajistí hospitalizaci na dětském oddělení v nemocnici a kontaktuje OSPOD. V případě, že je dítě ohroženo právě osobou, se kterou k dětskému lékaři přišel, musí pediatr zajistit převoz dítěte za doprovodu všeobecné sestry nebo Policie ČR. Úkolem dětského lékaře je také provedení záznamu do zdravotnické dokumentace. Zápis musí obsahovat datum a čas prvotního podezření, jméno

doprovodu, záznam vlastního šetření, název nemocnice, do které bylo dítě lékařem odesláno a také jméno pracovníka OSPOD, kterému byly informace sděleny. Kopie tohoto dokumentu předá na žádost policii ČR nebo také OSPOD. (Kol., 2014, s. 94–95)

3.3 Dětská psychiatrie

Do ambulantní či lůžkové psychiatrické péče se může ohrožené dítě dostat z důvodu následků špatného zacházení, kterými může být např. posttraumatická stresová porucha, deprese, sebedestruktivní chování, sexuálně nepřiměřené chování, enuréza, poruchy chování či agrese. Psychiatrická péče také řeší problematiku ohroženého dítěte v případě, že se jedná o situaci nejasnou, skrytou či komplikovanou. Dále za okolností, kdy jde o terapii a terapeutické rozvržení a uspořádání složité osobní, rodinné a sociální situace. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 395–419)

Matoušek a Křišťan (2013, s. 426) uvádí, že náplní práce sociálního pracovníka v psychiatrické léčebně je základní sociální šetření u právě přijatých pacientů, poskytování sociálně- právního poradenství pacientům i jejich rodinám, pomáhá řešit otázky bydlení, ekonomického zabezpečení rodiny, zaměstnání a sjednává spolupráci s dalšími institucemi. Občas sociální pracovník participuje také na psychoterapii.

Skoro v každém případě týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte soudy požadují psychologické a psychiatrické vyšetření. Psychiatři mají tedy za úkol zjistit výskyt psychických a sexuálních poruch. Mimo to se mohou také vyjadřovat k rozpoznávacím a ovládacím schopnostem viníka. Stanovují omezenou nebo zaniklou schopnost či schopnosti a dle individuálního zhodnocení případu doporučují ochrannou ústavní nebo ambulantní léčbu. Vyšetření dítěte by mělo vést k výběru ideální odborné intervence. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 395–419)

Odborníci také mnohdy určují věrohodnost oběti, z důvodu falešných výpovědí či falešných popření. Posuzování věrohodnosti tvrzení nepředstavuje hodnocení, jestli se příhoda skutečně udála, ale stanovení pravděpodobnosti, do jaké míry lze z psychologického hlediska uváděný výrok pokládat za věrohodný. Hlavním nástrojem psychologického posuzování dítěte je pozorování jeho chování a rozhovor. U dětí staršího věku se používají herní techniky nebo kresebných postupů. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 395–419)

Do oblasti psychiatrické péče může spadat i farmakoterapie. Ta funguje jako podpůrná léčba, a to např. při zmenšení stavu úzkosti a depresivních stavů. Dalším důležitým nástrojem nápravy následků týrání, sexuálního zneužívání či zanedbávání dítěte, je psychoterapie. Cílem psychoterapie je akceptace traumatu, jeho kognitivní zpracování a citové uvolnění. To představuje získání vnitřní duševní očisty, dosažení stability a vyváženého vztahu k negativnímu zážitku, který nemůžeme změnit. Psychoterapii můžeme rozdělit na individuální a skupinovou. Individuální psychoterapie využívá zejména nedirektivních technik, herní terapii a také vytváření příběhu, jenž nám může pomoci pochopit problém a uvolnit vypětí. V některých případech se může využít i hypnóza nebo nácvikování příhodných způsobů chování a odstranění těch, jenž by mohly postavení ohroženého dítěte poškozovat. Skupinová psychoterapie slouží k návrhu možnosti sdílení obdobných problémů a z toho plynoucí citové opory nebo při nácviku příhodnějšího a efektivnějšího jednání. (Vágnerová, 2014, s. 575–576)

Dalším nástrojem dětské psychiatrie je socioterapie. Ta je soustředěná na uspořádání rodinných vztahů a také zdokonalení péče o dítě. Zde je velmi příznivá dobrá spolupráce mezi psychoterapeutem a zdravotně sociálním pracovníkem. (Vágnerová, 2014, s. 576)

3.4 Policie ČR

S policií ČR se sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník dostává do kontaktu při ohlašování podezření ze spáchání trestného činu na dítěti souvisejícího se syndromem CAN. Při oznamování podezření na syndrom CAN je vhodné kontaktovat policii ČR přímo u specializovaného odboru služby kriminální policie a vyšetřování. Způsob oznámení trestného činu lze podat různými způsoby. V tomto případě se ovšem doporučuje písemné oznámení na patřičný útvar. Oznámení, které by mělo být stručné a jasné, by měla podávat právnická osoba, nikoliv fyzická. (Kol., 2014, s. 22–23)

Pokud nastane situace, ve které obviněný není stíhán vazebně a existuje odůvodněná obava, že se bude trestný čin opakovat, a je zde tedy důvod pro ochranu dítěte, může státní zástupce nebo soudce uložit obviněnému předběžným opatřením zákaz. (Kol., 2014, s. 22–23)

Práce s dítětem z dysfunkční rodiny může dobře fungovat pouze v případě, že se bude v rámci daného případu postupovat týmově jak v oblasti zdravotní, sociální a legislativní, tak také policejní. (Hort, Hrdlička a Kocourková, 2008, s. 397)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 PŘÍPRAVA VÝZKUMU

Nedílnou součástí každé bakalářské práce je výzkum. Ten plynule navazuje na teoretickou část práce, ve které jsou stanoveny podstatné pojmy a oblasti, které souvisí s následující praktickou částí.

Úvod této kapitoly bude věnován konkretizaci výzkumného problému a cílům výzkumu. Z toho plyne hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky, na kterých je vybudován celý výzkum. Dále bude v této části popsán druh výzkumu, výzkumný vzorek, průběh sběru dat a metody, které byly použity pro sběr těchto dat.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumný problém

Jak již bylo zmíněno v úvodu bakalářské práce, důvodem pro zvolení tohoto tématu bakalářské práce byl zájem autora o problematiku ohrožených dětí a rodin. V praxi i v běžném životě se autorka setkala s tím, že odborníci a široká veřejnost neměli povědomí o tom, jak je poskytována zdravotně sociální péče ohroženým dětem v nemocnicích – kdo je identifikátorem podezření na ohrožené dítě v rodině, jak v takové situaci mají spolupracovat zdravotničtí pracovníci nebo které složky týmu jsou důležité. Proto je hlavním cílem této bakalářské práce zjistit, jak je poskytována zdravotně sociální péče dětem z dysfunkčních rodin ve zdravotnických zařízeních.

4.1.1 Výzkumný problém

Nutností každého výzkumu je stanovení výzkumného problému. Ten může být formulován jako výrok či otázka. V každém případě ale musí být definován jasně. (Kutnohorská, 2009, s. 55) To podle Gavory (2010, s. 53) vyžaduje určitou orientaci, zkušenost a přehled v dané problematice.

Výzkumný problém pro danou bakalářskou práci je stanoven následovně:

Způsob poskytování zdravotně sociální péče dítěti z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení.

4.1.2 Výzkumné otázky

Kutnohorská (2009, s. 55) uvádí, že „výzkumná otázka musí být položena jasně“. Jádrem každého výzkumu je výzkumná otázka, která by měla vykonávat tyto stěžejní funkce:

- konkretizování výzkumu, aby výsledky odpovídaly cílům, které byly stanoveny,
- ukazovat směr výzkumu.

Způsob, jakým si výzkumník pokládá výzkumnou otázku, je velmi podstatný, protože do velké míry stanovuje výběr výzkumné metody. Významným hlediskem výzkumné otázky je stanovení hranic toho, co se bude zkoumat. Výzkumná otázka představuje další zkonkrétnění výzkumného problému. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 23)

Pro úspěšné uskutečnění daného výzkumu bylo nutné stanovit hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky, které ji doplňují.

Hlavní výzkumná otázka zní následovně:

Jakým způsobem je poskytována zdravotně sociální péče dítěti z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumné otázky zní následovně:

1. *Jaká je frekvence výskytu dětí s podezřením na syndrom CAN?*
2. *Kdo je identifikátorem syndromu CAN?*
3. *Jak pracují vybraní odborníci s ohroženými dětmi a rodinami?*
4. *S jakými odborníky nebo institucemi spolupracují vybraní odborníci?*
5. *Jak hodnotí vybraní odborníci význam poskytování zdravotně sociální péče ohroženým dětem a jejich rodinám?*

4.2 Druh výzkumu

Pro získání cíle výzkumu této bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl uskutečňován prostřednictvím polostandardizovaných rozhovorů.

Pojmem kvalitativní výzkum chápeme jakýkoliv výzkum, ve kterém se nepoužívá pro získání výsledků statistické procedury nebo jiné způsoby kvantifikace. Může se jednat o výzkum související s životem lidí, událostí, jednáním, ale také fungováním instituce, společenským hnutím nebo vzájemnými vztahy. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 10)

Kutnohorská (2009, s. 22) uvádí, že kvalitativní výzkum nepoužívá čísla, ale je spíše textového rázu. Vychází z malého počtu dotazovaných. Lepší atmosféru při realizaci kvalitativního výzkumu přivedíme tím, že se zkoumání bude odehrávat v přirozeném prostředí dotazovaného, např. domácí prostory, oddělení nemocnice, kancelář sociální pracovnice apod. Do kvalitativního výzkumu můžeme řadit:

- rozbor zkoumaných úkazů,
- odhalení jejich primárních složek,
- odhalení, sloučení a závislosti, které jsou mezi nimi,
- ucelená struktura,
- výklad údajů.

Je mnoho důvodů, proč zvolit právě kvalitativní metodu. Může se jednat o názor výzkumníka, který vychází z jeho průzkumné empirie. Pro některé bádání oblasti je lepší zvolit spíše tento typ průzkumu, kvůli jádru zkoumaného problému. Dalším důvodem pro zvolení kvalitativního výzkumu je získání podrobnějších údajů, které by se kvantitativním výzkumem určovaly náročněji. Díky kvalitativnímu výzkumu může výzkumník zkoumat problémy do hloubky. (Kutnohorská, 2009, s. 25)

4.3 Výzkumný vzorek a způsob výběru

Pro výzkum této bakalářské práce byli respondenti zvoleni záměrně, tedy za určitých podmínek. V tomto případě se zakládá na vědomostech respondentů, kteří by se v dané problematice měli dobře orientovat. Pro účely výzkumu byli záměrně zvoleni pracovníci zdravotnických zařízení, kteří se setkávají a pracují s danou cílovou skupinou. Konkrétně šlo o zdravotně sociální pracovníky, sociálního pracovníka a všeobecnou sestru. Svůj výzkum jsem uskutečnila ve čtyřech zdravotnických zařízeních. Jednalo se o tři nemocnice a jednu psychiatrickou nemocnici. V rámci zachování anonymity nejsou v bakalářské práci zveřejněny názvy těchto zařízení.

Výzkumný vzorek je tvořen dvěma zdravotně sociálními pracovníci, jednou sociální pracovnící a jednou všeobecnou sestrou.

Základním souborem jsou pracovníci, kteří se zabývají prací s dětmi v nemocnicích a psychiatrických nemocnicích.

Výběrový soubor je tvořen dvěma zdravotně sociálními pracovníci, jednou sociální pracovnící a jednou všeobecnou sestrou. Každá z pracovníc vykonává své povolání v jiném zdravotnickém zařízení v Olomouckém a Zlínském kraji.

4.3.1 Mechanismus výběru výzkumného vzorku

Součástí přípravy kvalitativního výzkumu této bakalářské práce bylo vybrání si určitých kritérií pro výběr výzkumného vzorku. Mezi základní kritéria pro výběr respondentů patřilo:

- respondent pracuje v nemocnici nebo v psychiatrické nemocnici,
- výzkum uskutečněn se čtyřmi respondenty odlišných profesí – VS, ZSP, SP,
- respondent pracuje s dětmi z dysfunkčních rodin, především s dětmi ohroženými syndromem CAN,
- respondent pracuje v daném zdravotnickém zařízení minimálně jeden rok,
- vzorek vybrán ze Zlínského a Olomouckého kraje.

Nejdříve byla vybrána čtyři zdravotnická zařízení, ve kterých by mohl být výzkum realizován. V těchto zařízeních pracuje zdravotně sociální pracovník nebo sociální pracovník. Samotný výběr zařízení nebyl zas tak obtížný, vzhledem k předešlému praktikování během studia v zařízeních. Po výběru možných zdravotnických zařízení, následovalo individuální kontaktování pracovníků. Kontakty byly zjištěny prostřednictvím internetu, kde měla všechna zařízení dostupné informace. Až na výjimku jednoho respondenta, který byl osloven osobně (vzhledem k aktuálnímu praktikování v zařízení), byli všichni respondenti osloveni prostřednictvím e-mailu (viz Tabulka č. 1). Při komunikaci byly respondentům podány následující informace:

- představení výzkumníka,
- představení tématu, výzkumu a cíle bakalářské práce,
- seznámení respondenta s nutností vyslovit souhlas s rozhovorem,
- dojednání si konkrétního termínu na realizaci rozhovoru,
- poděkování za ochotu, spolupráci a pomoc při realizaci výzkumu.

Tabulka č. 1 Mechanismus výběru výzkumného vzorku: Kontaktní údaje a profese

Typ zařízení	Název zařízení	Kontakt	Uskutečnění rozhovoru
Zdravotnické zařízení	Nemocnice 1	Osobní kontakt s vrchní sestrou.	3. 12. 2014 10:00 - 10:45
Zdravotnické zařízení	Nemocnice 2	E- mail na zdravotně sociálního pracovníka.	4. 3. 2015 14:00 - 14:30
Zdravotnické zařízení	Nemocnice 3	E- mail na zdravotně sociálního pracovníka.	16. 3. 2015 15:00 - 15:45
Zdravotnické zařízení	Psychiatrická nemocnice	E- mail na celé sociální oddělení.	12. 12. 2014 13:00 – 14:00

Zdroj: Vlastní zpracování

4.4 Metody a techniky sběru dat

Pro kvalitativní výzkum je možno použít různé metody. Pro účely této bakalářské práce byla vybrána metoda rozhovoru, konkrétně metoda polostandardizovaného

rozhovoru. Byl kladen důraz na to, aby otázky v rozhovoru byly pokládány jasně, stručně a pro všechny respondenty srozumitelně.

4.4.1 Rozhovory

Mezi nejstarší a nejčastěji užívanou metodu získávání informací patří rozhovor, který považujeme za přirozený nástroj komunikace mezi lidmi. Rozhovor neboli interview, se zároveň řadí mezi nejnáročnější a nejvýhodnější způsob získávání kvalitativních údajů. Výrazem interview pojmenováváme moderovaný rozhovor, který je realizován s určitým cílem výzkumné studie. Rozhovor či interview můžeme dělit na tři základní typy, a to sice: strukturovaný, nestrukturovaný a polostandardizovaný (semistrukturovaný). (Kutnohorská, 2009, s. 38–39)

Pro tento kvalitativní výzkum byly zvoleny polostandardizované rozhovory, tvořené otázkami jak otevřenými, tak i uzavřenými. Otázky, které byly dopředu nachystané, tvořily strukturu pro vedení jednotlivých rozhovorů. V některých případech se reagovalo na odpovědi respondentů pro získání bližších informací.

Reichel (2009, s. 111–112) popisuje polostandardizovaný rozhovor jako rozhovor, při kterém jsou předem připraveny soubory témat či otázek, na které je třeba odpovědět, aniž by bylo dopředu nekompromisně určeno jejich pořadí. Tazatel má možnost formulace kladených otázek částečně upravovat a přizpůsobovat rozhovoru, důležité ovšem je, aby byly všechny prodiskutovány. Výzkumník má též možnost pokládat doplňující otázky.

Podle Kutnohorské (2009, s. 46) nabízejí uzavřené otázky soubor potencionálních odpovědí, které mohou respondenti vyslovit. Pro výzkum této práce byly použity uzavřené otázky alternativní (ano – ne). Naopak otevřené otázky nabízejí respondentovi zcela volnou možnost odpovědi.

4.5 Průběh sběru dat

Kvalitativní výzkum pro tuto bakalářskou práci byl realizován v období od prosince roku 2014 do března roku 2015. Rozhovory byly uskutečněny s vrchní sestrou, sociální pracovnící a ZSP. Rozhovory s respondentkami trvaly kolem 6–10 minut. Všechny rozhovory byly zcela anonymně nahrávány na diktafon. Anonymita v tomto případě zahrnuje neuvedení jmen respondentů ani názvy zařízení, ve kterých jsou respondenti zaměstnáni. Vždy se v práci uvádí pouze obecný název zařízení (nemocnice, psychiatrická nemocnice). Před nahráváním každého rozhovoru bylo respondentům řečeno a vysvětleno,

jakým tématem se tato práce bude zabývat, a co jejím cílem. Na začátku každé nahrávky je ústní souhlas respondentek s nahráváním rozhovoru.

Všechny získané rozhovory byly následně doslovně přepsány (viz příloha I–IV) a pomocí metody kódování vyhodnoceny. Tento doslovný přepis rozhovorů nazýváme transkripcí.

4.5.1 Průběh rozhovorů

Pro tento druh výzkumu byly použity polostandardizované rozhovory s otevřenými i uzavřenými otázkami, jak již bylo zmíněné výše. Při realizaci rozhovorů byly respondentky vždy vstřícné a ochotné. Připravené otázky pro rozhovor byly následující:

- Setkáváte se při své práci s dětmi z dysfunkčních rodin? Hlavně s dětmi se syndromem CAN?
- Jak často se takové děti u Vás v zařízení vyskytují?
- Jaký je nejčastější důvod hospitalizace těchto dětí?
- Kdo a jak jako první pojme podezření na to, že může být dítě v rodině ohroženo?
- Jaký je další postup při řešení této situace?
- Jaká je komunikace s dysfunkční rodinou?
- Jak velký je prostor a čas, který věnujete dysfunkčním rodinám?
- Jak podle Vás vnímá ohrožené dítě svou hospitalizaci v nemocnici?
- Spolupracovala jste s některými dalšími pracovníky v nemocnici?
- Které organizace jste při práci s rodinou oslovila?
- Jak probíhala následná péče o dítě a rodinu po propuštění z nemocnice?
- Podle Vás- jaká je úspěšnost vyřešení těchto případů s ohroženými dětmi a rodinami?
- Myslíte si, že je práce zdravotně sociálního pracovníka s těmito rodinami důležitá? Proč?

5 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V předchozí kapitole byl definován výzkumný problém a jednotlivé výzkumné otázky, metody a průběh sběrů dat. Tato kapitola bude interpretovat a vyhodnocovat získané informace.

Jako první se v této kapitole uvádí základní údaje o respondentech. Poté se tato kapitola bude zabývat kategoriemi, které vychází z dílčích výzkumných otázek, jejich zhodnocení a dále jsou sumarizovány a porovnány s cílem získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

5.1 Charakteristika respondentů

Na začátku této kapitoly bakalářské práce je uvedena charakteristika čtyř respondentů, se kterými jsem realizovala rozhovory pro praktickou část. Tabulka č. 2 uvádí, jaká je pracovní pozice respondenta, jaký je jeho věk, délka praxe v konkrétním zařízení a nejvyšší vzdělání, které respondent dosáhl.

Tabulka č. 2 Vyhodnocení rozhovorů: Charakteristika respondentů

Respondenti	Pracovní zařazení	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání
R1	Vrchní sestra	50 let	20 let	Odborné středoškolské – zdravotnické
R2	Sociální pracovník	39 let	11 let	Odborné středoškolské – zdravotnické + sociální kurz
R3	Zdravotně sociální pracovník	26 let	3 roky	Vysokoškolské – obor sociální pedagogika
R4	Zdravotně sociální pracovník	28 let	4 roky	Vysokoškolské – obor sociální pedagogika-

Zdroj: vlastní zpracování

5.2 Vyhodnocení rozhovorů

Rozhovory, které byly použity pro výzkum této bakalářské práce, byly nahrány, a následně přepsány, tzv. transkripce rozhovorů, (viz Příloha I–IV) a pomocí metody kódování vyhodnoceny. Transkripce rozhovorů se kódovala za pomoci 5 barev (červená, modrá, zelená, žlutá), vyznačujících 5 různých kategorií – podezření na syndrom CAN, práce ZSP/ SP/ VS, multidisciplinární tým, hodnocení své práce (viz Tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 Vyhodnocení rozhovorů: Kategorie

Kategorie	Barva
Podezření na syndrom CAN	Červená
Náplň práce VS/ SP/ ZSP	Modrá
Multidisciplinární tým	Zelená
Význam ZSP/ SP	Žlutá

Zdroj: vlastní zpracování

5.2.1 Podezření na syndrom CAN

Kategorie: **Podezření na syndrom CAN** je v přílohách označena touto barvou a byla vytvořena z kódů – pojmů podezření, frekvence výskytu, identifikátor podezření.

Hlavním cílem je zjistit, jestli se respondenti setkávají s dětmi ohroženými syndromem CAN a jak často k této situaci v jejich zdravotnickém zařízení dochází. Tato otázka byla položena proto, aby bylo jasné, jak často se respondenti s takovými dětmi, ale i rodinami setkávají a jaká je jejich zkušenost s touto problematikou. Dále bylo cílem zjistit, kdo je identifikátorem podezření na syndrom CAN. Tato otázka byla položena proto, aby se zjistilo, jestli respondenti hrají nějakou roli v identifikaci podezření na syndrom CAN.

Respondent č. 1 – VS uvádí, že se při své práci vrchní sestry na dětském oddělení setkává s dětmi ohroženými syndromem CAN, i když je to někdy velmi těžce prokazatelné. S těmito případy se respondentka neseťkává zas tak často, uvádí, že se může jednat o jedno dítě za dobu 3 až 5 let. První podezření na ohrožené dítě v rodině může pojmut obvodní lékař dítěte, ale většinou to bývá lékař při příjmu dítěte na hospitalizaci. Podezření na ohrožené dítě v rodině může být nabyto z důvodu poranění, které neodpovídá mechanismu, jenž rodiče uvádějí. To podle respondentky nastává většinou u kojenců. U větších dětí

většinou nastanou bolesti břicha, hlavy nebo jiné somatické obtíže, či jakékoliv nepohodlí, které může překrývat psychický problém dítěte.

Respondent č. 2 – SP se při své práci v psychiatrické nemocnici setkává s dětmi ohroženými syndromem CAN, a to v případě, že mají děti problém psychického rázu, jsou nevladatelné, mají problémy s chováním, mají přidruženou enurézu, jsou po suicidiálním pokusu, ve kterém se dítě mohlo snažit upozornit na ohrožení. V takovýchto případech je potřeba u dětí nastavit léčbu, například farmaceutickou. Respondentka také uvádí, že v některých případech byli identifikátory podezření na ohrožené dítě v rodině jak lékaři, tak VS. Důvody pro podezření byly špatné vztahy v rodinách, kterých si personál psychiatrické nemocnici všímal.

Respondent č. 3 – ZSP tvrdí, že se ve svém zaměstnání s dětmi ohroženými syndromem CAN setkává, ale není to velmi často. Podle ní se tyto případy ve zdravotnickém zařízení, ve kterém pracuje, objevují maximálně 4 krát do roka. Tuto cílovou skupinu nejčastěji tvoří děti zanedbávané, u kterých se podezření z ohrožení pojme z důvodu podvýživy dítěte. U týraných či sexuálně zanedbávaných dětí to bývají časté úrazy, kdy neodpovídá mechanika úrazu výpovědi rodičů, popřípadě pečující osoby. Motivem pro podezření může být také výsledek rentgenu, který posuzuje profesionál. Identifikace podezření na syndrom CAN probíhá v každém případě ze strany lékaře, protože ten bývá jako první ve styku s dítětem.

Respondent č. 4 – Respondentka se s ohroženými dětmi v nemocnici na dětském oddělení setkává. Frekvenci výskytu takovýchto dětí uvádí na 5 za rok. Příčina podezření na syndrom CAN může být podle ní okamžitě buď kvůli mechanismu úrazu, se kterým dítě přišlo na ambulanci nemocnice, nebo pro které bylo přijato na dětské oddělení, nebo se podezření pojme až po delší době hospitalizace na dětském oddělení. Jako první podle ní pojme podezření na syndrom CAN dětský lékař, který dítě přijímá. Pokud je však dítě na oddělení déle hospitalizováno, a zatím u něj nebylo identifikováno žádné ohrožení, může podezření pojmut i VS, které jsou ve styku s dítětem.

5.2.2 Náplň práce vybraného odborníka s dětmi z dysfunkčních rodin

Kategorie: **Náplň práce vybraného odborníka** je v přílohách označena touto barvou a byla vytvořena z kódů – zdravotně sociální práce, sociální práce, komunikace, dítě, rodina, spolupráce.

Tato otázka se zabývala náplní práce ZSP/ SP/ VS s dětmi ohroženými syndromem CAN a na jejich rodiny. Cílem této otázky bylo také zjistit, jak probíhá komunikace s ohroženými dětmi a jak probíhá komunikace s rodinami a vybranými odborníky. Respondentky také měly popsat, jak se podle nich ohrožené dítě cítí v nemocnici a jaký je prostor a čas věnovaný dítěti na oddělení.

Respondent č. 1 – VS uvádí, že do náplně její práce, v kontextu řešení syndromu CAN, spadá nahlášení případů dětí ohrožených syndromem CAN na OSPOD a policii ČR. Komunikuje s OSPOD i po propuštění dětí z nemocnice. Součástí její práce je také samozřejmě komunikace s dětmi a jejich rodinami. Na dětech je zřejmé, že jsou méně komunikativní i vzhledem k vrstevníkům na oddělení či pokoji. VS komunikuje i s rodinou, o podezření na týrání se však rodina ze začátku řešení případu nemusí ani dozvědět. Podle ní se může stát, že se dítě v nemocnici cítí lépe, než v domácím prostředí, ale nestává se to tak často, vzhledem k tomu, že děti jsou na agresora fixované. Také uvádí, že čas, který věnuje těmto dětem je větší, než čas věnovaný dětem z funkční rodiny.

Respondent č. 2 – SP spolupracuje s OSPOD, pracovnice se jí dotazují na dítě a na rodinu. Také spolupracuje s dalšími odborníky a institucemi (viz DVO č. 3). Další náplní práce SP je sepsání anamnézy s rodinou dítěte. Při ukončení hospitalizace musí SP sepsat z propouštěcí zprávy od lékaře a z chorobopisu zprávu na OSPOD, ve které je uveden průběh hospitalizace dítěte. Pokud se jedná o případ, kdy hospitalizované dítě ještě není v péči OSPOD z nějakého důvodu, podává SP podnět pro prověření dítěte i rodiny. Dále odpovídá na dotazy policie či soudu. Také rodinám doporučuje a odkazuje je na další odborníky a instituce. Komunikaci s rodinou a s dítětem hodnotí jak kladně, tak i záporně. Většinou se ovšem setkává s rodinami, které se brání komunikaci s ní a které se nezajímají o stav dítěte, hodně ale podle ní záleží na sociokulturní úrovni rodiny, a na tom, zda jsou v rodině oba či jen jeden biologický rodič. SP také uvádí, že by uvítala mnohem více personálu. Kvůli jeho nedostatku je totiž na práci s dětmi a rodinou mnohem méně času.

Respondent č. 3 – ZSP uvádí, že náplň její práce s dětmi ohroženými syndromem CAN a jejich rodinami záleží především na rozhodnutí a pokynech nadřízeného, v tomto případě tedy lékaře (pediatra), a také OSPOD. V každém případě po ní lékař vyžaduje její názor jak na dítě, tak i na rodinu. Její povinností je také nahlášení případu na OSPOD. Komunikace s dítětem se podle ní odvíjí od věku dítěte. Ve většině případů se jedná o děti malé, kteří mají omezenou verbální komunikaci. Komunikace s rodinou hodnotí i pozitivně i negativně, je to velmi individuální. Objevují se samozřejmě ale i rodiny, které nechtějí

vůbec spolupracovat a evidentně se styku s pracovníky brání. Hospitalizaci podle ní vnímá dítě příjemně, oproti tomu, co zažívalo doma. ZSP se věnují práci s dítětem a jeho rodinou po celou dobu hospitalizace, až po propuštění dítěte z nemocnice pro ně práce s dítětem naprosto končí, vzhledem k tomu, že práce ZSP v nemocnici je časově velmi náročná. Respondentka tedy uvádí, že jim zpětná vazba chybí.

Respondent č. 4 – V případě zjištění podezření na syndrom CAN u dítěte lékař vždy kontaktuje sociální oddělení tohoto zdravotnického zařízení. ZSP udává, že její povinností je v tomto případě tedy nahlášení podezření na OSPOD a policii ČR. Celou dobu s těmito orgány také zprostředkovává spolupráci. Další postup, a tedy i další práce ZSP údajně záleží na pediatrovi, policii ČR a OSPOD. Lékař po ZSP požaduje posudek a názor na rodinu a na vztahy v ní. V případě potřeby ZSP sepíše zprávu o celé hospitalizaci. Komunikace s rodinou a dítětem spočívá v hledání možných řešení této situace. Dorozumívání se s dítětem záleží na jeho věku a na psychickém stavu dítěte. Většinou se ZSP setkává s velmi malými dětmi, které nejsou ještě schopny verbálně komunikovat. U větších dětí je jistě zvláštní komunikace v tom, že si prožily jisté trauma, na které je třeba brát ohled. Podle ní je ale zdravotně sociální práce s touto cílovou skupinou velmi individuální. Dítě se podle ní cítí v nemocnici bezpečně, vzhledem k tomu, co prožívalo v domácím prostředí. Čas, který respondentka věnuje dysfunkčním rodinám, je po celou dobu hospitalizace, po propuštění se již o případ nezajímají.

5.2.3 Spolupráce s jinými odborníky a institucemi

Kategorie: **Multidisciplinární tým** je v přílohách označena touto barvou a byla vytvořena z kódů – spolupráce, tým, odborníci, instituce.

V rámci zdravotně sociální práce s dětmi ohroženými syndromem CAN je velmi významná spolupráce i dalších odborníků a institucí. Hlavním cílem je zjistit, s jakými odborníky a institucemi spolupracuje ZSP/ SP/ VS a jak probíhá komunikace v tomto multidisciplinárním týmu.

Respondent č. 1 – VS uvádí, že při práci s ohroženými dětmi probíhá spolupráce především s OSPOD, který musí celý případ podezření na ohrožení dítěte prošetřit. Další spolupracující institucí je Policie ČR, ale pouze v situaci, že je syndrom CAN zřejmý a jasný. Respondentka také uvádí, že je u těchto případů vždy přizván ke spolupráci psycholog a v některých případech i psychiatr. Další odborník, který je osloven při práci

s dětmi ohroženými syndromem CAN, je obvodní pediatr, který spolu s OSPOD zajišťuje následnou péči o dítě po propuštění z nemocnice.

Respondent č. 2 – SP tvrdí, že spolupracuje s OSPOD, který se na děti v případě potřeby dotazuje, chodí je navštěvovat a informuje se, jak probíhá léčba. Další institucí spolupracující se SP je jak policie ČR, tak také soudy, které se na děti dotazují, nebo žádají znalecké posudky. Respondentka spolupracuje také s nemocnicemi, a to v případě, že se dítě pokusí po své těžké traumatizující situaci o suicidiální pokus. Spolupráce probíhá i mezi ostatními psychiatrickými nemocnicemi. Ty si mezi sebou předávají a žádají zprávy o dětech, které u nich byly hospitalizované. Následující spolupráce se odehrává v rámci ambulantní psychiatrické péče, kdy SP spolupracuje s dětskou psychologkou. Dalšími odborníky jsou samozřejmě dětská psychiatrie, pediatři, psychologové a samozřejmě také ošetřující personál, jako jsou například všeobecné sestry.

Respondent č. 3 – Nejčastěji ZSP spolupracuje s OSPOD. Spolupracujícím odborníkem je dětský lékař, který při podezření na ohrožené dítě ohlásí tuto situaci Policii ČR. Pediatr má možnost přizvat i další odborníky, jako jsou psycholog, který podle respondentky nechybí snad v žádném případě, či psychiatr. Komunikace s tímto týmem probíhá pouze v rámci konzultací, nikoliv v odborných sezeních.

Respondent č. 4 – Respondentka spolupracuje s pediatrem, na kterém podle ní spočívá celá práce s rodinou i ohroženým dítětem. ZSP také dále spolupracuje nepochybně s OSPOD a také s policií ČR. Odborníci, kteří se zapojují do multidisciplinárního týmu, jsou psychologové, které vždy přizve lékař, a psychiatři, kteří jsou povoláni v situaci vážného případu, který zanechal na dítěti závažné psychické důsledky. Multidisciplinární tým tvoří podle ZSP celý tým na dětském oddělení, který zahrnuje všeobecné sestry, ošetrovatelky, apod. Komunikace s tímto odborným týmem probíhá v podobě porad, které se konají každé ráno. V případě potřeby na těchto sezeních vše prodiskutovávají.

5.2.4 Hodnocení poskytování zdravotně sociální péče VS/ SP/ ZSP

Kategorie: **Význam ZSP/ SP** je v přílohách označena touto barvou a byla vytvořena z kódů – důležitost ZSP, význam ZSP, hodnocení.

Hlavním cílem této otázky je zjistit, jak respondenti (ZSP, SP) hodnotí důležitost své práce, kterou v rámci zdravotně sociální péče poskytují ohroženým dětem a jejich rodinám. Podobná otázka byla položena i VS, která měla odpovědět na to, jestli by uvítala na

dětském oddělení, na kterém pracuje, přímo ZSP či SP, který by zastával zdravotně sociální práci o ohrožené děti a rodinu za ni.

Respondent č. 1 – VS byla položena otázka, jestli by uvítala na dětském oddělení, na kterém pracuje, přímo ZSP či SP, který by zastával zdravotně sociální práci o ohrožené děti a rodinu za ni. Na tuto otázku odpověděla respondentka tak, že by ZSP či SP možná zas tak využitelný na tomto oddělení nebyl, za to by ale ráda na dětském oddělení uvítala odbornou pomoc psychologa či psychiatra, kterého zatím na oddělení nemají.

Respondent č. 3 – ZSP hodnotí svou práci na dětské oddělení s ohroženými dětmi a rodinami jako velmi důležitou. Respondentka uvádí, že si nedokáže představit, kdo jiný by tuto zdravotně sociální práci z nemocnice zastával, jelikož lékaři na to nemají dostatek časové kapacity a všeobecné sestry na oddělení tomu až tolik nerozumí. Zároveň tvrdí, že je jakýmsi mezičlánkem mezi institucemi a dalšími odborníky, kteří na daném případu spolupracují.

Respondent č. 4 – ZSP nepochybuje o tom, že je zdravotně sociální péče vykonávaná ZSP na všech dětských odděleních důležitá a prohlašuje, že její práce určitě není zbytečná. Respondentka neví, kdo jiný by tuto práci za ni v nemocnici vykonával. Tvrdí, že všeobecné sestry nemají na takovou práci čas, a stejně tak i lékaři. Uvádí, že ZSP jsou spojníkem mezi ohroženými dětmi (a rodinami) a lékaři, protože v některých případech rodiny raději komunikují právě se ZSP, protože lékaři na ně nemají tolik času. Dále si není jistá, kdo by komunikoval s OSPOD a s policií ČR, kdyby ZSP v nemocnicích a zvláště na dětských odděleních nebyli.

5.3 Diskuze

V této části bude autorka věnovat pozornost shrnutím zdravotně sociální péče poskytované dětem ohrožených syndromem CAN, které vychází z jednotlivých dílčích otázek.

První dílčí výzkumná otázka se zabývala tím, jaká je frekvence výskytu dětí s podezřením na syndrom CAN. Všechny respondentky se shodly na tom, že se při své práci setkávají s dětmi ohroženými syndromem CAN. Proto byly také v rámci výzkumu osloveny. Frekvence výskytu těchto dětí ve zdravotnických zařízeních, ve kterých pracují, se však již lišila. VS sestra uvedla, že se s takovými dětmi, setkává 1x za 3–5 let. Ostatní respondentky – zdravotně sociální pracovnice a sociální pracovnice uvedly, že se

s takovými dětmi setkávají zhruba 4 krát až 5 krát za rok. Z těchto tvrzení vyplývá, že pracovníci zdravotnických zařízení nepříjdou do styku s dětmi ohroženými syndromem CAN zas tak často, ve srovnání s jinými cílovými skupinami.

Druhá dílčí otázka se respondentek dotazovala na to, kdo jako první ve zdravotnickém zařízení pojme podezření na to, že je dítě ohroženo. Dvě respondentky uvedly, že je vždy identifikátorem podezření lékař při příjmu dítěte (popř. praktický pediatr). Další dvě respondentky s tímto výrokem také souhlasily, ovšem jako možného identifikátora ohroženého dítěte uvedly i všeobecné sestry. Tři respondentky, pracující v nemocnici, zaujímají stejný názor na důvod odhalení syndromu CAN, kterým může být nejasnost v mechanismu úrazu, pro které bylo dítě přijato do zdravotnického zařízení. SP z psychiatrické nemocnice si myslí, že důvodem pro podezření na ohrožené dítě mohou být narušené vztahy v rodině, kterých si personál může všimnout, či suicidiální pokus dítěte. Podle mého názoru je velmi kladné zjištění, že identifikátorem podezření je právě lékař, který přichází do styku s dítětem jako první, a že si opravdu všimá každého, byť jen malého podezření na zvláštnost mechanismu úrazu.

Další dílčí otázka se zabývala prací respondentek s dětmi ohroženými syndromem CAN. Všechny respondentky se shodly na tom, že do jejich náplně práce patří především nahlášení podezření na syndrom CAN u dětí na Orgán sociálně- právní ochrany dětí a na Policii České republiky poté, co lékař tuto skutečnost zjistí a také intenzivní spolupráce s těmito dvěma orgány po celou dobu hospitalizace dítěte. Jejich hlavním úkolem je zprostředkovávat komunikaci mezi Orgánem sociálně-právní ochrany, Policií České republiky a ošetřujícím lékařem, popřípadě i mezi jinými odborníky. Myslím si, že právě z těchto odpovědí jasně vyplývá, jak důležitá je role zdravotně sociálního pracovníka na dětském oddělení v momentě, kdy se ve zdravotnickém zařízení ocitne případ dysfunkční rodiny. Lékaři a všeobecné sestry nemají na řešení takovýchto situací čas, což je zřejmé i z toho, co respondentky zodpověděly. Zdravotně sociální pracovníce, sociální pracovníce, všeobecná sestra vždy při své práci komunikují s rodinami i s ohroženým dítětem, všechny také uvádějí, že je vždy u těchto cílových skupin zvláštní komunikace. Zdravotně sociální pracovníce a sociální pracovníce se domnívají, že dítě se na dětském oddělení ve zdravotnickém zařízení vždy cítí lépe, žádné nebezpečí mu zde totiž nehrozí. Všeobecná sestra naopak tvrdí, že je dítě příliš vázané na agresora, a tak se zde nemůže cítit bez jeho přítomnosti dobře. Jelikož se tato respondentka setkala s nejmenším počtem ohrožených dětí, vysvětlují si tento rozdílný výrok tím, že se v tomto nevelkém počtu klientů

vyskytovaly právě tyto děti. Dotazované se také shodly na tom, že se dítěti či rodině věnují po celou dobu hospitalizace. Všechny respondentky, až na všeobecnou sestru, uvedly, že se pro ně případ ohroženého dítěte po ukončení hospitalizace uzavírá, a dále je pouze v péči Orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Dle mého názoru je škoda, že pracovnícím chybí zpětná vazba, díky které by mohly lépe vidět i svoje zásluhy práce a pomoci.

Další výzkumný okruh se zabýval tím, s jakými odborníky či institucemi respondentky, v rámci poskytování zdravotně sociální péče ohroženým dětem a rodinám, spolupracují. Všechny respondentky se shodly na tom, že vždy probíhá spolupráce s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Další důležitou složkou multidisciplinárního týmu je Policie České republiky. Až na jednu respondentku, se všechny shodly na tom, že v každém případě je tato instituce kontaktována. Jedna respondentka ovšem uvedla, že je Policie České republiky oslovena pouze v případě, že je syndrom CAN opravdu zřejmý a jasný (je tedy diagnostikován a není tam pouze podezření na syndrom CAN). Zdravotně sociální pracovníce, sociální pracovníce i všeobecná sestra ve většině případů vždy spolupracuje s psychologem, v některých případech dokonce i s psychiatrem. Dalším neodmyslitelným spolupracujícím odborníkem je vždy pediatr. Dvě respondentky navíc uvedly, že do multidisciplinárního týmu podle nich patří také ošetřující personál. Sociální pracovníce spolupracuje dokonce se soudy, s dalšími nemocnicemi a psychiatrickými nemocnicemi.

Má poslední otázka se zabývala tím, jestli si respondentky myslí, že je poskytování zdravotně sociální péče s těmito dětmi a rodinami důležitá. Tři respondentky (sociální pracovníce a dvě zdravotně sociální pracovníce) si jsou zcela jisté, že jejich práce na dětském oddělení ve zdravotnickém zařízení má smysl a jejich práce s těmito klienty není zbytečná. Tyto 3 pracovníce se také shodly na tom, že si nedokážou ani představit, kdo jiný by za ně zdravotně sociální práci na dětských odděleních vykonával, jelikož všeobecné sestry ani lékaři na to nemají dostatek časového prostoru. Zároveň tvrdí, že jsou prostředníkem mezi odborníky a institucemi, které jsou zahrnuty do multidisciplinárního týmu, který se podílí na řešení aktuální situace. Komunikují jak s těmito profesionály a institucemi, tak také s dětmi a rodinami. Velmi mě ovšem překvapilo, že na otázku všeobecná sestra odpověděla tím, že by na dětském oddělení zdravotně sociálního pracovníka nezužtkovali. Tuto odpověď si ovšem vysvětluji tím, že jako jediná tato respondentka uvedla malý počet dětí ohrožených syndromem CAN, vyskytující se v jejich zdravotnickém zařízení.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem je poskytovaná zdravotně sociální péče dítěti z dysfunkční rodiny ve zdravotnickém zařízení. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku lze prostřednictvím dílčích výzkumných otázek vymezit následovně. Zdravotně sociální péče, kterou v rámci tohoto výzkumu vykonávají VS, SP a ZSP, probíhá především způsobem spolupráce respondentů s dalšími odborníky a institucemi. VS, SP a ZSP jsou v tomto případě tedy jakýmsi prostředníkem mezi zdravotnickým zařízením, OSPOD a policií ČR. Mimo jiné tvoří také důležitou složku v oblasti komunikace s dítětem i rodinou, které se věnují po celou dobu hospitalizace. Zdravotně sociální péče poskytovaná ohroženým dětem z dysfunkčních rodin ve zdravotnických zařízeních je velmi důležitá, dovolila bych si říct, že až nenahraditelná.

Teoretická část této bakalářské práce byla zaměřena na vytyčení teoretických pojmů, které byly zpracovány prostřednictvím odborných zdrojů. Právě to nebylo zrovna snadné, vzhledem k tomu, že k danému tématu z pohledu zdravotně sociální práce příliš odborných zdrojů zatím k dispozici není. Nachází se zde informace o dysfunkční rodině jako takové, o syndromu CAN, který je pro tuto bakalářskou práci principiální, o ohroženém dítěti ve zdravotnickém zařízení a o multidisciplinárním týmu, který je při řešení této problematiky nepostradatelný.

Praktická část byla zaměřena na výzkum, který byl rozdělen na dvě části. První část je orientována na přípravu výzkumu, který zahrnuje cíl výzkumu, hlavní a dílčí výzkumné otázky, druh výzkumu, výzkumnou metodu a zpracování dat. Druhá část se zaměřuje na krátkou charakteristiku respondentek a vyhodnocení získaných údajů. Profil respondentek popisuje jejich pracovní zařazení, věk, délku praxe v daném zařízení a nejvyšší dosažené vzdělání. Praktická část této bakalářské práce je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, výzkumnou metodou zvanou polostandardizovaný rozhovor. Výzkum byl proveden se čtyřmi respondenty, konkrétně s VS, SP a dvěma ZSP. Každá z respondentek pracuje v jiném zdravotnickém zařízení, konkrétně ve třech nemocnicích a jedné psychiatrické nemocnici.

Vzhledem k tomu, že jsem se mnohokrát setkala s tím, že ve zdravotnických zařízeních ještě stále na dětském oddělení nefiguruje zdravotně sociální pracovník, a veškerou zdravotně sociální péči zde zastává všeobecná sestra (ať už staniční či vrchní sestra- stejně jako jedna respondentka z mého výzkumu) může tato bakalářská práce

pomoci k získání či doplnění znalostí dané problematiky. Dále může tato práce posloužit k získání informací všem studentům humanitních oborů nebo široké veřejnosti, která ještě není natolik seznámena s poskytováním zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních, vzhledem k tomu, že je tento obor považován za relativně nový. Jsem také přesvědčena, že poznatky, které jsem díky zpracování této bakalářské práce mohla získat, sama využiji v budoucím povolání zdravotně sociálního pracovníka.

Na závěr bych ráda poděkovala všem respondentkám – VS, SP i ZSP, kteří se na realizaci výzkumné části této bakalářské práce podílely, za jejich vstřícnost, ochotu a laskavost.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOLEDOVIČOVÁ, Mária, 2006. *Pediatrické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3211-1.

CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2013. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-802-4622-057.

ČESKO, Zákon č. 359/ 1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 1999, částka 111, ISSN 1211-1244.

ČESKO, Zákon č. 40/ 2009 Sb. trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2009, částka 11, ISSN 1211-1244.

DUNOVSKÝ, Jiří, 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Pub. ISBN 80-716-9254-9.

DUNOVSKÝ, Jiří, Zdeněk DYTRYCH a Zdeněk MATĚJČEK, 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Vyd. 1. Praha: Grada Pub. ISBN 80-716-9192-5.

ELLIOTT, Michele, 1995. *Jak ochránit své dítě*. Vyd. 1. Praha. ISBN 80-717-8034-0.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2009. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-813.

GABURA, Ján, 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. 1. vyd. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89256-95-2.

GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.

GJURIČOVÁ, Šárka, Jana KOCOURKOVÁ a Jiří KOUTEK, 2000. *Podoby násilí v rodině: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-702-1416-3.

HORT, Vladimír, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ a Eva MALÁ, 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-404-5.

JANÁČKOVÁ, Laura, 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton. ISBN 978-807-3871-796.

- Kolektiv autorů, 2014. *Nové poznatky v syndromu CAN a multidisciplinární spolupráce: Sborník prezentací ze seminářů*. Praha: IREAS, s. r. o.
- KRAUSOVÁ, Lucie a Věra NOVOTNÁ, 2006. *Sociálně-právní ochrana dětí*. Vyd. 1. Praha: ASPI. ISBN 80-7357-214-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-761.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- MATEJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přepracované vyd. Jinočany: Nakl. H. ISBN 80-860-2292-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Jarmila KLÉGROVÁ, 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2., aktualiz. a upr., v Portálu 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-717-8548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a Alois KŘIŠŤAN, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ, 2010. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-807-3677-398.
- MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4588-6.
- REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SEDLÁKOVÁ, Gabriela a Dagmar KALÁTOVÁ, 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-412-4.
- SEDLÁŘOVÁ, Petra, 2008. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-138.
- SLANÝ, Jaroslav, 2008. *Syndrom CAN: (syndrom týraného dítěte)*. Vyd. 1. V Ostravě: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7368-474-7.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert. ISBN 808583460x.

ŠEVČÍK, Drahomír a Naděžda ŠPATENKOVÁ, 2011. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-690-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2004. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0586-9.

ŠRAJER, Jindřich, Libor MUSIL, 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Vyd. 1. České Budějovice: Albert. ISBN 9788073261450-.

ÚLEHLOVÁ, Dagmar, 2009. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-807-0135-020.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-802-6206-965.

JANEBOVÁ, Radka. Spolupráce organizací v oblasti sanace rodiny. *Sociální práce*. 2011, roč. 11, č. 2. ISSN 1213-6204.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CAN	Child abuse and neglect
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
ZSP	Zdravotně sociální pracovník
IT	Interdisciplinární tým
VS	Všeobecná sestra
SP	Sociální pracovník
DVO	Dílčí výzkumná otázka

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1 Mechanismus výběru výzkumného vzorku: Kontaktní údaje a profese</i>	<i>41</i>
<i>Tabulka č. 2 Vyhodnocení rozhovorů: Charakteristika respondentů</i>	<i>45</i>
<i>Tabulka č. 3 Vyhodnocení rozhovorů: Kategorie</i>	<i>46</i>

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I Doslovný přepis rozhovoru s respondentkou č. 1
- Příloha II Doslovný přepis rozhovoru s respondentkou č. 2
- Příloha III Doslovný přepis rozhovoru s respondentkou č. 3
- Příloha IV Doslovný přepis rozhovoru s respondentkou č. 4

PŘÍLOHA I: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU Č. 1

Výzkumník: Tak, já se jenom zeptám na pár otázek teda, jestli můžu.

Respondentka: Mhmmm.

Výzkumník: Takže setkáváte se při své práci na dětském oddělení s dětmi z dysfunkčních rodin?

Respondentka: **Ano.**

Výzkumník: Hlavně tedy s dětmi týranými, zanedbávanými a zneužívanými?

Respondentka: Tak **někdy je to těžké prokázat, ale už jsme se setkali.**

Výzkumník: A jak často se takové děti u Vás vyskytují?

Respondentka: Tak, **naštěstí to není tak často,** pokud, to zanedbávání může být samozřejmě různého druhu, ale pokud budeme brát děti týrané anebo teda zneužívané tak to je opravdu málo často, dejme tomu **jedno dítě za 3-5 let.**

Výzkumník: Dobře. A jaký je jakoby ten důvod té hospitalizace? Je to jakoby následek toho týrání nebo nějaké náhodné...

Respondentka: ... je to možná **i skryté pod něčím,** že se to, někdy teda **je to zjevné, zvláště u těch kojenců, které třeba přijdou s nějakým poraněním, které neodpovídá mechanismu, kteří ty rodiče uvádějí a u těch starších dětí,** kde by se mohlo třeba to nějaké zneužívání třeba i mmm... projevit, tak **přijdou s takovýma bolestma hlavy, břicha, s nějakým nekomfortem, s něčím takovým somatickým, co překrývá ten psychický problém.**

Výzkumník: A kdo jako první jakoby pojme to podezření? Je to lékař?

Respondentka: **Tak většinou už lékař při příjmu.**

Výzkumník: Lékař, ano.

Respondentka: Někdy jako je už to zjevné, že třeba je tam už jako nějaké podezření, už od toho **obvodního lékaře,** ale samozřejmě **lékař při příjmu.**

Výzkumník: Jaký je jakoby další postup při řešení, když se to jakoby zjistí, že to dítě je týrané?

Respondentka: Tak samozřejmě nahlášení na sociální úřad, kdy se to musí se sociálkou. Hlásí se třeba někdy, to nemusí být tak, jak se to třeba jeví a opravdu třeba nemusí být to dítě nějaké týrané, ale hlásí se ty případy radši, aby ta sociální odbor, tam šel a prošetřil to.

Výzkumník: I třeba na policii České republiky?

Respondentka: To už by se hlásilo opravdu jenom, pokud by to bylo zřejmé a jasné, tak i na policii ano.

Výzkumník: Je nějaká zvláštní komunikace s tou rodinou třeba toho ohroženého dítěte?

Respondentka:... ehm... té rodině se to vlastně, to je případ, kdy se jí to ani nemusí říct. Že tam to podezření je.

Výzkumník: Jak podle Vás vnímá to ohrožené dítě tu hospitalizaci tady v nemocnici?

Respondentka: Tak ti malí kojenci, batolata a takové, tak ti to nevnímají, a i když by tam třeba bylo týrané ze strany matky nebo někoho, kdo s ním je, tak ono to dítě, že, samozřejmě nedá nic najevo, a mmm, ale ty větší děti už jsou takové, jako poznáme, že jsou méně komunikativní i vzhledem k těm vrstevníkům, s kterými jsou třeba hospitalizováni na pokoji.

Výzkumník: V rámci toho týrání třeba, nebo zneužívání, zanedbávání spolupracujete jakoby více pracovníků dohromady? Třeba psycholog, lékař, sociální...

Respondentka:... Ano, samozřejmě. Psychologa vždycky u tady těch podezření je psycholog, pak nastupuje třeba i psychiatr ještě a pak teda ten sociální odbor, který je jako, oni jsou schopni přijít i k nám a řešit to k nám, ještě před samozřejmě propuštěním toho dítěte.

Výzkumník: Je jakoby zjevné, že když je to dítě tady hospitalizované, že se třeba zlepšuje ten jeho psychický stav nebo se spíše jakoby uzavírá?

Respondentka: No, to bych až tak neřekla. Samozřejmě, že to je dlouhodobě, ten problém je dlouhodobý a... hm... ta hospitalizace, že by to zlepšila? Může se samozřejmě někdy stát, že se třeba dostane z toho prostředí, které ho, které mu nějak ubližuje, ale ony ty děti většinou jako jsou tak fixované na toho agresora nějak i svým způsobem třeba jsou ochotni chránit, že. Protože je to jejich třeba i příbuzný nebo někdo.

Výzkumník: Je čas věnovaný tomu týranému, zanedbávanému, nebo zneužívanému dítěti větší než čas, který třeba věnujete jakoby normálním dětem tady na oddělení.

Respondentka: Ano, určitě.

Výzkumník: A jak jakoby probíhá teda ta následná péče o dítě a rodinu?

Respondentka: Potom je předaný vlastně do... možná bysme to teď asi mohli přerušit na chvíli.

Výzkumník: Hmm hmm... asi jo.

Přerušeni rozhovoru kvůli vstoupení studentů do místnosti.

Výzkumník: Takže jestli se pak dále jakoby zajímáte, jak to dítě třeba dopadlo?

Respondentka: No, takže my jsme spojeni, ale tak jako my máme kontakt, takže se kontaktujeme, zajímáme se, ale pak už je to potom věcí toho obvodního pediatra a té sociálky hlavně.

Výzkumník: Podle Vás jaká je úspěšnost vyřešení těchto případů s ohroženými dětmi?

Respondentka: Nevím, jestli se dostanou, ale určitě je jim pomozeno a určitě jsou sledováni. Takže si myslím, že to jako je, má velký význam. A že to je samozřejmě na místě, aby se to takto řešilo.

Výzkumník: Jasně. Myslíte si, že by bylo dobré a využitelné, kdyby byl přímo tady na dětském oddělení jakoby sociální pracovník, který by se tím zabýval?

Respondentka: No, možná sociální pracovník ne, ale určitě psycholog. Zatím nemáme, a ani psychiatra, ale možná, že se to změní, že aspoň třeba toho psychiatra tu budeme mít k dispozici.

Výzkum: Dobře, to je všechno, děkuji.

PŘÍLOHA II: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU Č. 2

Respondent: Tak jenom pro začátek bych potřebovala, abyste mi řekla, že souhlasíte s nahráváním rozhovoru.

Výzkumník: Ano.

Výzkumník: Takže, jako první bych se Vás chtěla zeptat, jestli se při své práci setkáváte, s dětmi ohroženými syndromem CAN?

Respondentka: Ano. K nám se ty týrané děti dostanou, když mají nějaký problém psychického rázu. Nebo když jsou nezvladatelné nebo když je potřeba to nějak ošetřit, co se týká lékově třeba, když mají problémy... mají problémy s chováním, nebo je tam nějaký jiný problém, ať už psychický nebo je tam třeba přidružená enuréza, nebo něco takového. Což jsme měli případ, že u nás bylo dítě, které bylo teda velmi týrané, a byly tam problémy s chováním, a to dítě k nám šlo vlastně na zalakování a na zklidnění anebo...ehm... z dětských domovů, kde jsou také problémy třeba s chováním a je potřeba nastavit léčbu. Tak v těch případech se k nám ty děti dostanou. Anebo jsme tady měli jiný případ, kdy dvě děti, sourozenci, se k nám dostali z rodiny, kde ty děti byly v plné nezrušitelné adopci, děti se k nám dostaly prvotně pro výchovné problémy, nebo spíš jedno z těch dětí, a my jsme tady potom následně zjistili, že tam vlastně dochází k týrání těch dětí, ze strany těch adoptivních rodičů a spíše... spíš... spíše ani ne tak k fyzickému jak spíš k psychickému týrání těch dětí. A z naší strany potom byly provedeny kroky k tomu, aby ty děti byly odebrány z té rodiny, což se potom podařilo.

Výzkumník: A to se zjistilo teda až tady, jakoby že jsou, že jsou takhle psychicky týrané?

Respondentka: V podstatě ano.

Výzkumník: Jo.

Respondentka: V podstatě my jsme byli ten ten impuls, kdy se to začalo všechno prošetřovat... z naší strany.

Výzkumník: Lékař na to přišel?

Respondentka: Ehm... Tak všeobecně, všímaly si i sestry. Začaly být zápisy o tom, jak se rodiče chovají k dětem, jaký je tam ten vztah, jak se děti vítají s rodičema, ale ta odezva tam od těch rodičů není... ehm... jak, zda jim třeba nosí i dárky, nebo nenosí. Většinou ty

rodiče nosí svým dětem balíčky se sladkostma, **tito rodiče nenosí**. Ono všechno **všichni pozorují tu rodinu, jaké tam jsou vztahy**

Výzkumník: Spolupracujete s OSPODem?

Respondentka: Jo, určitě, hmm, nonono. Ale **s OSPODem spolupracujeme určitě...** ehm... vlastně... ehm... **OSPOD buď nás se dotazuje na děti, které má, které mají pracovnice v péči, tak je tady u nás i navštěvují, informují se, jak, jak probíhá léčba. Anebo se i mě se dotazují.** V podstatě dřív to bylo jednou...u jednoho dítěte z mála, teď je to v podstatě, pravidlo, téměř pravidlo. **Skoro každé dítě, které u nás je tak je v nějakým buď pod dohledem OSPODu nebo jedno. Takže když je dítě propuštěné, jak lékař napíše zprávu, tak se chorobopis dostane ke mně, a já z té zprávy a z celého chorobopisu sepisuju zprávu na OSPOD a posílám jim vlastně zprávu o tom pobytu dítěte u nás. Pokud dítě dohled OSPODu nemá, nebo nespolupracuje tam rodina s OSPODem a dítě u nás je na hospitalizaci a nám se to jeví, že by tam bylo dobré, aby Oddělení sociálně- právní ochrany dětí vědělo o této rodině a nadále spolupracovalo, tak z naší strany dáváme podnět na OSPOD.** Takže upozorňujeme, že tam něco nefunguje nebo že by bylo dobré, aby se na tu rodinu zaměřili. Takže i takto je to... Samozřejmě chodí k nám **dotazy i ze soudu, anebo z policie České republiky**, protože je to hodně často kdy se vyšetřují i děti policií, takže v rámci možností **odpovídáme**, ale většinou to odkazujeme na znalecký posudky.

Výzkumník: Je někdy těžká ta komunikace s tou rodinou?

Respondentka: Hodně náročná.

Výzkumník: Hodně náročná?

Respondentka: Hmm... Ale tady vůbec je málo rodinné terapie za branou, ale i tady u nás by to chtělo více času na rodinnou terapii. **Ale kapacitně i časově se to nezvládá. Chtělo by to mnohem víc personálu.** Třeba máme jenom jednu paní **psycholožku**, která prostě... kdybysme měli ještě jednu paní psycholožku, která by dělala třeba jenom práci s rodinami, bylo by to ideální, jo. Ale nemáme no. A venku je vůbec málo pedopsychiatrů. Je to strašně málo obsazený, není jich, není je kam **odkazovat**. A když už jsou, tak mají strašně dlouho čekací doby, a **ta komunikace, ten čas a prostor práce s rodinou je strašně malý.** A chtělo by to i psychoterapeutický skupiny jako... nebo vůbec. Aby byla rodinná terapie celé té rodiny, a to tady strašně chybí. Není to tu.

Výzkumník: Takže se spíš tady pracuje jako jen s tím dítětem, ale ne s celou tou rodinou?

Respondentka: Pracuje se i s rodinou, ale je to málo. Chtělo by to tedy mnohem víc. Není na to kapacita. Jako časová.

Výzkumník: Měli jste tu přijaté třeba i nějaké dítě rovnou z nemocnice?

Respondentka: Určitě.

Výzkumník: Jo?

Respondentka: Pokud je dítě třeba... ne... pokud je dítě po suicidiálním pokusu, tak vždycky je k němu... nebo vždycky... mělo by to tak být. Pokud je dítě po suicidiálním pokusu a je hospitalizováno z nemocnice, měl by k němu přijít dětský psychiatr, a měl by ho vyšetřit. Každé takové dítě by mělo být přeloženo k nám do psychiatrické nemocnice na další prošetření. Protože žádné dítě, které si šáhne na život, nemělo by se to nechat jen tak a mělo by se to vlastně dovyšetřovat. Proč to udělalo? Jaký k tomu mělo důvod? To dítě to mohlo udělat jako nějaké volání o pomoc, ale mohlo to myslet i vážně.

Výzkumník: A spolupracují takhle třeba i mezi sebou, ty psychiatrické léčebny nebo nemocnice?

Respondentka: Spolupracujeme, ale většinou tak, že si vzájemně žádáme zprávy, protože je hodně dětí, které jsou třeba hospitalizováni v dětské psychiatrické léčebně [redacted], potom jsou třeba tady u nás, anebo opačně.

Výzkumník: Funguje tu i nějaká ambulanti péče?

Respondentka: Ano. Paní primářka doktorka [redacted] má ambulanci a paní doktorka [redacted] má taky ambulanci.

Výzkumník: Takže chodí sem pak ty děti ještě na nějaká sezení....

Respondentka: Mmm... Ale my nemáme až tak velkou ambulanci tak jak je třeba ve městě paní doktorka [redacted], protože to by se z časových důvodů nestíhalo, ale u nás jsou většinou ambulantní, kteří u nás prošli léčbou a mají třeba zájem o ambulanci, ale ta ambulance rozhodně není nijak jako velká, že by měla nějak moc klientů, to určitě ne.

Výzkumník: Jsou třeba případy rodin, kdy ta komunikace s tou rodinou je velmi kladná?

Respondentka: Určitě. Určitě.

Výzkumník: A je víc takových rodin, nebo víc těch, co se nezajímají?

Respondentka: Víc bohužel těch rodin, které se nezajímají a hodně záleží na sociokulturní úrovni té rodiny. Opravdu hodně záleží, z jakých podmínek to dítě přichází, a hodně záleží, zda tam jsou oba biologičtí rodiče, nebo je tam jen jeden biologický rodič. Jestli maminka je sama na ty děti, nebo tam jsou oba rodiče.

Přerušení rozhovoru jinou pracovnící.

Respondentka: Ehm... Tak ty rodiny, že hodně záleží i na tom jak drží pospolu. Většinou hodně věřící rodiny drží pospolu. U těch je to hodně znát.

Výzkumník: Dobře, to je vše. Děkuji za rozhovor.

PŘÍLOHA III: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU Č. 3

Výzkumník: Tak jenom pro začátek bych potřebovala, abyste mi řekla, že souhlasíte s nahráváním rozhovoru.

Respondentka: Ano, souhlasím.

Výzkumník: Děkuji. Takže, jako první bych se Vás chtěla zeptat, jestli se při své práci setkáváte, s dětmi ohroženými syndromem CAN?

Respondentka: Ano, setkávám se. Není to často, ale setkávám se.

Výzkumník: A kolik případů asi?

Respondentka: Já bych to tipovala tak na 4 případy zhruba do roka.

Výzkumník: Dobře.

Respondentka: Spíš je častější zanedbávání než přímo ten CAN, ale maximálně ty 4 případy do roka.

Výzkumník: Dobře. Jaký je nejčastější důvod hospitalizace těchto dětí?

Respondentka: No, eee... Buď to bývá to zanedbávání, měli jsme tam podvýživu u malého dítěte nebo to bývají různé úrazy, kdy se nezdá mechanika toho úrazu, jak to popisují rodiče, popřípadě pečující osoba, ale zároveň také jak to vypadá podle výsledků rentgenů a jak to posoudí lékař.

Výzkumník: Dobře. Kdo a jak jako první pojme podezření na to, že může být dítě v rodině týráno?

Respondentka: V každém případě to u nás bývá lékař, protože ten bývá první ve styku s tím dítětem.

Výzkumník: Jaký je další postup při řešení takové situace, když se zjistí teda to týrání nebo zanedbávání...

Respondentka: Takže pokud lékař pojme podezření, tak je na jeho zvážení, zda to ohlásí policii České republiky, u nás to ohlašuje lékař, on jim píše, jakoby policii, s tím, že kontaktuje v každém případě nás jako sociální oddělení a my to dále hlásíme OSPODu. A další postup je podle toho jak určí lékař a co řekne OSPOD.

Výzkumník: Dobře. Jaká je komunikace s rodinou ohroženého dítěte? Vy, jako sociální pracovnice komunikujete?

Respondentka: Komunikujeme, v každém případě vždycky to chtějí po nás, abychom i my zjistili náš úhel pohledu. Je to jak kdy, jsou rodiny, které chtějí spolupracovat, jsou ale rodiny, i které nechtějí spolupracovat a třeba vyloženě se tomu styku brání.

Výzkumník: A komunikace s dítětem?

Respondentka: Komun... Podle věku. Jo? Podle věku, většinou se jedná spíš o menší děti, takže ta komunikace je tam spíš taková omezená, pokud to jsou zanedbávané děti, tak někdy i třeba jsou 3-4 leté a ještě třeba ani nijak verbálně nekomunikují.

Výzkumník: Jak velký je prostor a čas, který Vy jako zdravotně sociální pracovnice věnujete takovým rodinám?

Respondentka: V podstatě po celou dobu hospitalizace toho dítěte.

Výzkumník: Dobře. Jak podle Vás vnímá ohrožené dítě svou hospitalizaci v nemocnici?

Respondentka: Vesměs je to pro něj jak kdyby... né pří... né přímo příjemný pobyt, ale je to pro něj jak kdyby...

Výzkumník:... na rozdíl od toho doma...

Respondentka:... na rozdíl od toho, co zažívá doma je tady toto pro něj příjemné. Takže nebrání se tomu, málokdy, jo?

Výzkumník: Takže, jak už jste říkala, že spolupracujete vlastně s lékařem, jsou i nějací další odborníci?

Respondentka: Lékař, většinou lékař přizve psychologa, ten tam nechybí snad v žádném případě, a potom je to všechno na zvážení toho lékaře a toho psychologa, koho dalšího chtějí do toho jak kdyby týmu všestranného zapojit. Ale nejčastěji to bývá pediatr a psycholog.

Výzkumník: Dobře. Jak probíhá vlastně komunikace a spolupráce s těmito pracovníky, co se týče vaší práce?

Respondentka: Všechno to bývá v rámci konzultací. Že bychom měli nějaká odborná sezení, to ne, je to všechno v rámci konzultací.

Výzkumník: Dobře. A vy jako sociální pracovnice, oslovujete ještě nějaké další organizace?

Respondentka: OSPOD. Nejčastěji OSPOD a potom je to zas podle toho, co řekne ten psycholog, popřípadě ten lékař. Nejčastěji potom psycholog řekne, že chce, aby se potom ještě dál pokračovalo v nějaké třeba rodinné terapii nebo psychoterapii, takže záleží, co řeknou ti, co jsou jakoby nad námi.

Výzkumník: Ano, ano. Jak probíhá následná péče o dítě a rodinu po propuštění z nemocnice?

Respondentka: Nejčastěji tam bývá dohled OSPODU, pokud není teda třeba stanoveno předběžným opatřením, že je to dítě dáno do přechodné pěstounské péče, ale nejčastěji to bývá, pokud to nejsou opakované stavy, většinou se jedná o nějaký ten prvokontakt, tak soud stanoví jakdyby OSPOD jakoby dohlížející.

Výzkumník: Myslíte si, že když je u Vás dítě hospitalizováno, že se celkově zlepši jeho psychický i fyzický stav?

Respondentka: Ve většině těch případů ano. Troufnu si říct, že 99%.

Výzkumník: A kolik si myslíte, že % případů je vyřešeno úplně?

Respondentka: No, úplně vyřešeno nedokážu úplně říct, protože zpětná vazba nám chybí, ale v podstatě od nás jdou jsou v řešení všechny ty případy, jo? Ale do jaké míry se to potom od jak kdyby odstraní ten ta příčina toho, to nedokážu říct, protože ta zpětná vazba opravdu... Ale tím, že se nám ty děti nevrací, tak asi to vyřešeno nějakým způsobem je.

Výzkumník: Ano. Takže pak už nějak jako s OSPODem nekomunikujete třeba?

Respondentka: Tam je tolik té práce zase jiné, že málokdy... Jako pro nás to jakoby z tohoto pohledu končí jako vyřešený případ a dál to přechází pod OSPOD. Mmmm pokud by se to opakovalo samozřejmě, že by to vyžadovalo důslednější řešení, ale většina těch případů se snad ani neopakuje, nebo já jsem to za svoji praxi nezažila, že bysme tam měli opakovaně to týrán.

Výzkumník: Jasně. No, a poslední otázka, jestli si myslíte, že je práce zdravotně sociálního pracovníka s těmito rodinami důležitá?

Respondentka: Tak já bych řekla, že určitě, protože tam je takový nějaký, my jsme takový mezičlánek mezi těmi lékaři a zároveň i tím OSPODem, popřípadě i tou policií, protože

někdy se stane, že i policie chce k tomu od nás něco říct, takže já bych řekla, že **důležitá určitě je**, protože **nedokážu si představit, kdo by tady tuto práci jinak dělal. Lékaři by na to čas neměli a sestřičky zas tady tomu až tolik nerozumí.** Takže, z nemocnice určitě nikdo jiný.

Výzkumník: Dobře, tak to je všechno, děkuju.

Respondentka: Za málo.

PŘÍLOHA IV: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU Č. 4

Výzkumník: Tak na začátek bych potřebovala, abyste mi řekla, že souhlasíte s tímto nahráváním rozhovoru na diktafon.

Respondentka: Ano, souhlasím.

Výzkumník: Děkuji. Takže, jako první bych se Vás chtěla zeptat, jestli se při své práci setkáváte s dětmi, které jsou ohroženy syndromem CAN?

Respondentka: Ano, setkávám.

Výzkumník: Jak často? Kolik případů asi?

Respondentka: Já bych řekla, že se může jednat tak o 5 případů za rok... asi.

Výzkumník: Dobře. Jaký je nejčastější důvod hospitalizace těchto dětí?

Respondentka: Noooo. Tak buď to je podezření na mechanismus toho úrazu, pro který byl přijat na oddělení nebo vlastně ambulanci, nebo se to zjistí až během nějaké doby pobytu na oddělení.

Výzkumník: Dobře. Kdo a jak jako první pojme podezření na to, že může být dítě v rodině týráno?

Respondentka: Pokud se jedná o ten první případ, jak jsem uváděla, že je podezření již při přijetí dítěte do nemocnice, tak to bývá vždy lékař. Ale právě u toho druhého případu, kdy se to může zjistit až na oddělení, to můžou být i sestry.

Výzkumník: Jak se dále řeší taková situace, pokud se u Vás zjistí, že je to dítě ohrožené?

Respondentka: V případě, že lékař pojme to podezření, ohlásí to nám. My vlastně potom kontaktujeme i policii České republiky a i OSPOD. A další postup už záleží vlastně na rozhodnutí OSPODU, ve spolupráci i s lékařem. Nebo policií.

Výzkumník: Aha, dobře. Jak probíhá komunikace s rodinou toho dítěte? Jak vy sama komunikujete s tou rodinou?

Respondentka: No. My samozřejmě komunikujeme s rodinami, a hledáme další možná řešení, jak pro ně, tak i pro děti. Navíc lékaři po nás chtějí vědět náš názor na rodinu, protože oni sami mnohdy nemají tolik času na to, aby rodinu či dítě mohli dostatečně dobře

poznat. Takže tohle je vlastně na nás. Lékaři pak říkáme, jaký je náš názor na vztahy v rodině co jsme vyzorovaly.

Výzkumník: A jak probíhá komunikace s dítětem? Je nějaká zvláštní komunikace s takovým dítětem?

Respondentka: No, záleží na tom, v jakém psychickém stavu ty děti jsou a jak jsou schopné komunikovat. Většinou jsem se setkala s velmi malými dětmi, se kterými se jako moc komunikovat nedá, protože toho vlastně nejsou ani schopné. A co se týče těch dětí, které jsou schopny komunikovat, tak u těch je jista zvláštní komunikace v tom, že si prožili nějaké trauma a je třeba na to brát ohled. Je to ale velmi individuální.

Výzkumník: Kolik času věnujete takovýmto rodinám nebo dětem?

Respondentka: My se o to dítě zajímáme po celou dobu, co je tady u nás v nemocnici. Až po propuštění to pro nás vlastně končí.

Výzkumník: Dobře. Jak podle Vás vnímá ohrožené dítě svou hospitalizaci v nemocnici?

Respondentka: Já osobně si myslím, že jak kdy, někdy to je pro ně určitě takovým... jak bych to řekla... vysvobozením. Protože tady se cítí třeba v bezpečí, na rozdíl od toho domácího prostředí.

Výzkumník: S kým spolupracujete v rámci zdravotně sociální péče o tyto děti a rodinu?

Respondentka: Takže, každopádně s OSPODem, jak už jsem říkala, a také samozřejmě s policií. Dalšími odborníky jsou při práci s touto rodinou.... mmm... psycholog, kterého ale přizve samozřejmě lékař, a pokud je to velmi vážný případ a jsou tam psychické následky, tak určitě i psychiatr. No a samotný ten pediatr, na kterém vlastně nejvíce spočívá celá ta práce s tou rodinou a hlavně s tím dítětem. A pak samozřejmě celý tým na tom dětském oddělení, takže jsou to sestřičky, ošetřovatelky, a tak.

Výzkumník: Dobře. Jak probíhá vlastně komunikace a spolupráce s těmito pracovníky, co se týče vaší práce?

Respondentka: Vždy ráno se setkáváme na takové jakoby poradě, kde všechno společně s tímto odborným týmem prodiskutujeme. Tam se vlastně rozhoduje i o oslovení těch dalších odborníků, které bysme chtěli do toho našeho týmu pro tu práci s rodinou a dítětem přizvat. Já tam vlastně také zprostředkovávám tu spolupráci s OSPODem.

Výzkumník: Dobře. A vy jako sociální pracovnice, oslovujete ještě nějaké další organizace?

Respondentka: Jak už jsem řekla, pouze ten OSPOD a policii, pak už to vlastně záleží na rozhodnutí lékaře, jako další léčbu a terapii nařídí. Nebo doporučí.

Výzkumník: Aha, dobře, dobře. Víte, jak probíhá u těch dětí ta péče po propuštění? Staráte se o to i vy potom?

Respondentka: Tak samozřejmě pak už je to v rukou OSPODu a my můžeme maximálně jen podat zprávu o tom, jak proběhla hospitalizace či OSPOD může komunikovat, s lékařem ohledně fyzického stavu, ale my jako zdravotně sociální pracovnice... už to pro nás vlastně končí tím popuštěným dítětem.

Výzkumník: Myslíte si, že když je u Vás dítě hospitalizováno, že se celkově zlepší jeho psychický i fyzický stav?

Respondentka: Tak o tom nepochybuji, určitě ano. Jako minimálně ten fyzický stav, protože tu mu nic nechybí, co se týče stravy, hygieny neb třeba zdravotní péče.

Výzkumník: Kolik si myslíte, že je případů vlastně úplně vyřešeno?

Respondentka: No, to je těžká otázka. Tím, že my už do toho dále nevidíme, tak nedokážu takhle plně říct, ale asi jo, jsou asi vyřešeny, když to má pod dohledem OSPOD, a navíc my bysme věděli, kdyby se nám ty děti sem zase vrátily.

Výzkumník: Ano. Takže pak už nějak jako s OSPODem nekomunikujete třeba?

Respondentka: Ne, pro nás už je to opravdu uzavřené, maximálně se poptáme, když máme nějaký další případ, tak se zeptáme na ten předchozí. Ale jinak už se s tím pak nesetkáme. Pokud by se nám to dítě tedy znovu nevrátilo do péče do zařízení.

Výzkumník: Jasně. No, a poslední otázka, jestli si myslíte, že je práce zdravotně sociálního pracovníka s těmito rodinami důležitá?

Respondentka: Tak o tom opravdu nepochybuji. Nevím, kdo jiný by tuto práci zastával. Podle toho, co vidím tady u nás v nemocnici... ale vlastně i v jiných nemocnicích... Sestřičky na to nemají čas, lékaři také ne. Navíc jsme jakýsi spojník mezi těmi rodinami a lékaři, protože někdy rodiny raději komunikují s námi, protože lékaři na ně nemají zas až tolik času. Dále vlastně spolupracujeme s OSPODem a i s policií, a to taky nevím, kdo by

s něma komunikoval, kdybychom tu nebyli. Takže určitě ano, tato funkce s těmito rodinami tady a i jinde není určitě zbytečná.

Výzkumník: Dobře, tak to je všechno, děkuju moc za rozhovor

Respondentka: Není vůbec zač, rádo se stalo.