

Krizová intervence u dítěte se syndromem CAN z pohledu interdisciplinárního týmu

Bc. Zlatuše Mihalová

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Zlataše MIHALOVÁ
Osobní číslo: H10675
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Krizová intervence u dítěte se syndromem CAN
z pohledu interdisciplinárního týmu

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti diagnostiky syndromu CAN (Child Abuse and Neglect) a dětské krizové intervence.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace terénního kvalitativního výzkumu ve zdravotnických zařízeních na území ČR, odděleních sociálně-právní ochrany dětí spádových magistrátů a na Policii ČR.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DUNOVSKÝ, J., Z. DYTRYCH a Z. MATĚJČEK. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada Publishing, a.s., 1995. ISBN 80-7169-192-5.

SLANÝ, Jaroslav. Syndrom CAN – syndrom týraného dítěte. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN: 978-80-7368-474-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2624-3.

LANGMEIER, J., K. BALCAR a J. ŠPITZ. Dětská psychoterapie. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-710-7.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Ivana Marášková

Ústav pedagogických věd

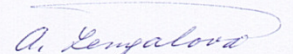
Datum zadání diplomové práce:

22. listopadu 2011

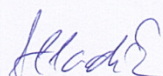
Termín odevzdání diplomové práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 22. listopadu 2011


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

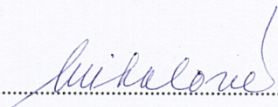
- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

21. 4. 2014



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 nevydělečně 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 nahlížení 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, užije-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). *Odpirá-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 užit 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 jim 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

Diplomová práce se zabývá specifiky dětské krizové intervence u syndromu CAN za hospitalizace. Kapitoly se zaměřují na diagnostické postupy v případě podezření na týrání, zanedbávání a zneužívání, popisují klinický obraz jednotlivých forem CAN a působení psychického traumatu na dítě. Podrobněji se zabírají systémem péče po přijetí na lůžkové oddělení dětské kliniky, významem spolupráce intervenčního týmu a hlavními principy komunikace s dětskou obětí. S ohledem na plánování následné péče a ochranu dítěte před dalším násilím poukazuje z multidisciplinárního hlediska na dilemata při řešení situace dítěte, naznačuje příčiny rodinné vztahové patologie. Cílem je poukázat na vzájemnou informovanost, dynamiku změn, rozdělení rolí při řešení syndromu CAN a porozumění individuálně prožívaným problémům aktérů interdisciplinárního týmu.

Klíčová slova: syndrom CAN, klinický obraz, psychosociální krizová intervence, sociální pediatrie, vazba nejistá/úzkostná–vyhýbavá, diagnostické postupy, oznamovací povinnost, policie, posttraumatická stresová porucha, teorie deprivace, plán léčby, obranné mechanismy, resilience, interdisciplinární tým, systém včasné intervence

ABSTRACT

This Diploma Thesis deals with crisis intervention in children with CAN syndrome, while they are in hospital. The chapters focus on diagnostic methods in cases where there is suspicion of bullying, neglect or abuse. It describes a clinical picture of individual types of CAN and the psychological trauma it causes children. This work focuses on the details of systems of care for children who stay in the lounge department in the children's clinic, it explains the sense of how the intervention team functions together, and shows the main principles of communication with child victims. Regarding plans for follow-up care and protecting children from further violence, we refer to the multidisciplinary team for their viewpoints on solving the dilemmas of this situation with the children. The work also indicates the root of the problem i.e. the effects that bad family relationships have had on the children. The aim is to indicate a mutual awareness, show the dynamic changes, divide certain roles in order to solve the CAN syndrome and to understand individual problems the interdisciplinary team sees in practice.

Keywords: CAN syndrome, clinical picture, psychosocial crisis intervention, social pediatrics, insecure/avoidant attachment, diagnostic methods, notification duty, police, post-traumatic stress disorder, deprivation theory, therapeutic plan, coping mechanisms, psychological hardness, interdisciplinary team of experts, system of early intervention

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Mgr. Ivaně Maráškové za odborné vedení a vždy ochotný přístup.

Velké poděkování patří Prim. MUDr. Janu Boženskému, Prim. MUDr. Eleni Mikuškové, Prim. PhDr. Naděždě Dařílkové, kpt. Mgr. Vladaně Ščurkové, Mgr. Daně Balutové, Mgr. Šárce Chytilové, Martině Hyklové a ostatním krizovým interventům, kteří mi svojí vstřícností umožnili realizaci výzkumu, za poskytnutý čas a profesní zkušenost.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DÍTĚ ZASAŽENÉ SYNDROMEM CAN.....	13
1.1 DEFINICE, TERMINOLOGIE A KLINICKÝ OBRAZ CAN	13
1.1.1 FYZICKÉ TÝRÁNÍ	14
1.1.2 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ	15
1.1.3 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ	17
1.1.4 ZANEDBÁVÁNÍ	18
1.2 ZVLÁŠTNÍ FORMY SYNDROMU CAN	19
1.2.1 SYNDROM TŘESENÉHO DÍTĚTE/SHAKEN BABY SYNDROM (SBS)	19
1.2.2 MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM V ZASTOUPENÍ/BY PROXY.....	20
1.2.3 ŠIKANA	21
1.2.4 ZNEUŽÍVÁNÍ DÍTĚTE	21
1.2.5 ORGANIZOVANÉ TÝRÁNÍ DĚTÍ	21
1.2.6 SYSTÉMOVÉ TÝRÁNÍ/SEKUNDÁRNÍ VIKTIMIZACE	22
2 MEDICÍNSKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE.....	23
2.1 VÝZNAM PRIMÁRNÍ LÉKAŘSKÉ PÉČE	23
2.1.1 PRINCIP PŘEDBĚŽNÉ OPATRNOSTI.....	24
2.1.2 POSTUP LÉKAŘE PRIMÁRNÍ PÉČE PŘI PODEZŘENÍ NA SYNDROM CAN	25
2.1.3 ZAJIŠTĚNÍ HOSPITALIZACE DĚTSKÉ OBĚTI	26
2.1.4 OZNAMOVACÍ POVINNOST	28
2.2 VÝZNAM A SPECIFIKA HOSPITALIZACE U SYNDROMU CAN.....	30
2.2.1 ODEBRÁNÍ ANAMNÉZY	31
2.2.2 LÉČBA SYNDROMU CAN.....	32
3 PSYCHOLOGICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE	34
3.1 PSYCHICKÝ STAV DÍTĚTE ZA HOSPITALIZACE	35
3.1.1 SLEDOVANÉ ASPEKTY VÝVOJE DÍTĚTE	36
3.1.2 SPECIFIKA KOMUNIKACE U SYNDROMU CAN.....	38
3.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY SYNDROMU CAN	40
3.2.1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA/POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD).....	41
3.2.2 RESILIENCE/PSYCHOLOGICAL HARDINESS	42
4 SOCIÁLNÍ A TRESTNĚ-PRÁVNÍ INTERVENCE	43
4.1 HLAVNÍ AKTÉŘI SOCIÁLNÍ A TRESTNĚ-PRÁVNÍ INTERVENCE	43
4.1.1 AKTÉŘI V OBLASTI BEZPEČNOSTI A OCHRANY	43
4.1.2 AKTÉŘI V SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANĚ DĚTÍ.....	44
4.1.3 AKTÉŘI V OBLASTI JUSTICE	46
4.2 OPATŘENÍ KRIZOVÉHO TÝMU NA POMOC DÍTĚTI	46

4.2.1	PLÁN NÁSLEDNÉ PÉČE – MOŽNOSTI INTERVENCE	48
4.2.2	INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O OHROŽENÉ DĚTI	49
4.3	SYSTÉM PÉČE O OHROŽENÉ DĚTI V ČR	51
4.3.1	MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE	52
4.3.2	SYSTÉM VČASNÉ INTERVENCE (SVI) A TÝM PRO MLÁDEŽ	55
4.3.3	DĚTSKÁ VÝSLECHOVÁ MÍSTNOST	56
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	57
5	SPOLUPRÁCE INTERVENČNÍHO KRIZOVÉHO TÝMU	58
5.1	CÍL VÝZKUMU	58
5.2	DESIGN SBĚRU DAT A VOLBA VÝZKUMNÝCH METOD.....	59
5.2.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR	60
5.2.2	PRŮBĚH REALIZACE VÝZKUMU.....	62
5.3	KVALITATIVNÍ ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT.....	63
5.4	OBLAST – ODHALOVÁNÍ SYNDROMU CAN.....	64
5.5	OBLAST – SPOLUPRÁCE INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU.....	73
5.6	OBLAST – OKOLNOSTI PLÁNOVÁNÍ NÁSLEDNÉ PÉČE.....	87
5.7	OBLAST – VLASTNÍ VÝKON PROFESE AKTÉRŮ TÝMU	101
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	117
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	122
	SEZNAM PŘÍLOH.....	123

ÚVOD

Většina podnětů nezbytných pro rozvoj dítěte, má sociální charakter. Z hlediska nejvýznamnějších vztahů od narození, přes nástup do školy až po období dospívání, je považován za klíčovou oblast především rodinný systém, kde je pozornost věnována rodičovské dyádě a sourozenecké skupině. Za normálních okolností bývá období dětství časem všestranné podpory a pomoci nejbližších lidí ve vyrovnávání všech nezralostí, které jsou dány stupněm vývoje malého člena rodiny a jeho nedostatečně rozvinutou obranyschopností. Všechny dostupné podněty jsou dětmi vnímány a rozlišovány podle toho, zda jsou pro ně příjemné – jsou schopny si je pamatovat a učit se na ně reagovat. V pomáhajících profesích se setkáváme se zcela specifickou skupinou dětí, kterým se v nejbližším zázemí dostává uspokojení základních psychosociálních a somatických potřeb jen částečně nebo patologickým způsobem. Jde o děti ohrožované nebo poškozované týráním, zanedbáváním a zneužíváním, které jsou nuceny vyrovnávat se od nejtělejšího vývojového období života s řadou traumatizujících událostí. Tam, kde je utrpení dítěte patrné, nastávají snahy odborníků tyto děti zachytit a adekvátním způsobem jim pomoci. Rámec krizové intervence u dítěte se syndromem CAN tvoří medicínská a psychologická první pomoc (lékařské ošetření, diagnostika krizového vývoje, farmakoterapie, psychoterapie), sociální strategie (koordinace spolupráce mezi institucemi a jednotlivými odborníky ze sféry sociální, zdravotnictví, školství a dalších oborů; zprostředkování přímé pomoci ke stabilizaci sociální situace dítěte) a dle závažnosti případu spolupráce s orgány činnými v trestním řízení. Rozhodující úlohu při řešení situace sehraává samotný průběh interdisciplinární spolupráce, respektující základní potřeby dítěte, včetně jeho práv.

Teoretická a praktická část práce je zaměřena na intervenci v kontextu problematiky hospitalizovaného dítěte. Část teoretická je řazena do čtyř kapitol – každá je věnována jedné skupině témat, souvisejících se základními principy dětské krizové intervence. První díl otevírá obecně problematiku syndromu CAN – zabývá se vývojem pojmosloví, definicemi, etiopatogenezí a klinickými příznaky jednotlivých forem. Druhá kapitola se zabývá medicínskými hledisky – diagnostikou jevu a zejména důležitým aspektům hospitalizace, terapie a léčby. Kapitola třetí je zaměřena na soubor klíčových psychosociálních a psychopatologických faktorů ovlivňujících další vývoj dítěte (resilience versus posttraumatický stresový syndrom). V souvislosti s psychologickou intervencí jsou zde zmíněny aspekty komunikace s dětskou obětí. Čtvrtý díl je zaměřen na sociální a trestně-právní prvky ve vztahu k syndromu CAN. Kapitola přináší základní informace o systému pomoci ohroženým

dětem v ČR, o souvislostech systému včasné intervence a kompetencích zainteresovaných institucí. Část výzkumná je zaměřena na návaznost intervenčních strategií a systém péče bezprostředně po přijetí dětské oběti na lůžkové oddělení zdravotnického zařízení. Jelikož krizovou situaci nelze v těchto okamžicích vnímat izolovaně z hlediska jednoho oboru, pozornost byla zaměřena právě na specifika multidisciplinárního přístupu a kontinuitu spolupráce interdisciplinárního týmu. V popředí zájmu byla koordinace krizové intervence a zjištění využívaných akutních opatření na ochranu dítěte před dalším ohrožením přímo z pohledu kompetentních pracovníků. Formou kvalitativního výzkumu byla zjišťována náplň a rozsah praktické činnosti intervenčního týmu, se zaměřením na dilemata při řešení jednotlivých kauz, kvalitu vzájemné spolupráce a porozumění individuálně prožívaným problémům jednotlivých aktérů týmu. Práce si klade za cíl informovat o možnostech a efektivních přístupech řešení problematiky syndromu CAN ve vybraných zdravotnických zařízeních ostravského a olomouckého regionu, tak, jak jsou vnímány samotnými interveny. Záměrem je poukázat na rozdělení rolí v interdisciplinárním týmu a dynamiku změn při řešení situace ohrožených nebo jakkoliv poškozovaných dětí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ ZASAŽENÉ SYNDROMEM CAN

V roce 1962 pojmenoval a popsal americký pediatr C. H. Kempe tzv. syndrom bitého dítěte (Battered Child Syndrome). Začal tak formovat hlavní obsahovou náplň syndromu CAN - fyzické týrání, které se začalo označovat jako *špatné zacházení a nepečování o dítě (mis-treatment, maltreatment)*. Ještě předtím rozlišili Caffey (1946) a Silvermann (1953) složitá poranění dětí (mnohočetné fraktury, vnější a vnitřní krvácení, zhmoždění nejrůznějších orgánů), které nebylo možné vysvětlit nahodilým úrazem a byly proto označeny jako *neúrazové (non-accidental injuries/NAI)*, tedy **úmyslné poškození** v rámci krutého zacházení s dítětem. Za základní příčinný mechanismus tohoto jevu byla po dlouhých rozpacích potvrzena nezvládnutá agrese vůči dítěti, vydanému na milost a nemilost svému vlastnímu dospělému pečovateli. Agrese, umožňující nadřazenost nad dítětem na straně jedné a zvýšená zranitelnost a bezmocnost dítěte na straně druhé. Významná role však byla přisuzována i závažným socio-ekonomickým faktorům v prostředí dítěte (nedostatek zdravotní péče, výchovy, vzdělání). Hlubší vnímání problému vyústilo v nový, širší pojem syndromu - **Child Abuse** (zneužití dítěte). Nepříznivé životní podmínky dětí a jejich rodin se začaly podílet i na dalších formách týrání, za kterými nestálo vždy jen fyzické násilí. Šlo o nejrůznější *akce proti dítěti (commission)*, ale i neakce *a absence aktivity (omission)*, zejména nedostatečnou péči, neuspokojování životních potřeb nebo (většinou záměrné) opomenutí splnit alespoň základní předpoklady pro přiměřený rozvoj sil a schopností dítěte. Tak se rozlišilo ubližování dítěti na formu aktivní, kdy je poškozováno násilím v jeho nejrůznější podobě a rozsahu, a na formu pasivní. S poznáváním fyzického týrání dětí se stalo zřetelným, že je úzce spjata s psychickým a citovým týráním. Poznání „pasivního“ emočního týrání (nedostatečná stimulace a rozvoj, nedostatek lásky a identifikace) následně významně přispělo k formulaci druhé části syndromu - **Child Neglect** (zanedbávání dítěte) v bezprostřední návaznosti na pasivní formy tělesného týrání (Dunovský, 1995, 1999).

1.1 Definice, terminologie a klinický obraz CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, označovaný v anglosaské literatuře jako **Child Abuse and Neglect (CAN)** a odtud převzatý do naší terminologie, sahá do hluboké historie a vyskytuje se ve všech společenských vrstvách. Jde o soubor nepříznivých příznaků a důsledků v různých oblastech života, stavu a vývoje dítěte, jeho sociálního postavení ve společnosti a vlastní rodině. Jedná se o výsledek převážně úmysl-

ného ubližování dítěti, které je způsobováno nejbližšími pečovateli – nejčastěji vlastními rodiči. Současně zdaleka nejde jen o jednostranný akt ze strany pachatele (abusora), ale o zvláštní interakce všech zúčastněných osob, složek a podmínek, ve kterých tento proces probíhá. Je více nebo méně určen společensko-kulturním vzorcem vztahů dospělých a dětí, významem rodičovství a jeho právní úpravou, která vyústí v hodnotu dítěte v ní a samozřejmě osobností rodičů. Vedle těchto a celé řady bio-psycho-sociálních faktorů daného prostředí hraje roli i osobnost dítěte samého (zvláštnosti a odchylky), podílející se na závažnosti poškozujících aktivit a škodících neaktivit dospělých, schopnosti dítěte jim čelit nebo jim naopak značně podléhat. Dítě může být ohroženo v rodině biologické i náhradní, ale také v kolektivních zařízeních, zřízených pro péči o dětskou populaci. Může být obětí gangů, part, eventuálně sekt. Jde o syndrom se značně různorodými jevy, jak co do příčin, mechanismů vzniku, tak co do charakteru, závažnosti a dopadu na život dětské oběti (Slaný, 1998; Dunovský, 1995, 1999; Biskup, 2001, 2003). Základní diagnostické kategorie syndromu CAN byly definovány v roce 1992 Radou Evropy. O rok později (1993) na definici navázalo *Doporučení vybraných expertů zdravotního výboru Rady Evropy pro medi-ko-sociální aspekty CAN*, zdůrazňující nutnost efektivní prevence, ohlašování ověřování, vyšetřování, léčby a sledování případů týrání. K základním kategoriím se postupem času přiřadily další zvláštní formy ubližování. Kromě některých smrtelně ohrožujících jsou z hlediska aktuálních i dlouhodobých dopadů na dítě nejzávažnější určitá specifická spojení.

1.1.1 Fyzické týrání

Jde o neadekvátní tělesné trestání extrémní povahy, nepřiměřené věku a schopnosti dítěte rozumět, proč je trestáno. Patří sem všechny akty násilí, jehož následkem jsou bolestivá zranění různé intenzity a poškození dítěte, vedoucí mnohdy až k jeho fyzické likvidaci. Může jít o použití nepřiměřené síly při běžných úkonech (krmení, mytí, převlékání), podávání nevhodných léků či jiných poškozujících substancí. Někdy jsou stopy týrání na těle dítěte patrné, velmi často však jde o vnitřní, na první pohled neviditelné poškození, které je objeveno při určitém diagnostickém postupu. Vedle jednorázového útoku na dítě zahrnuje pravidelné tělesné tresty a zvláště kruté zacházení, užívané jako převažující výchovný prostředek. V nadpoloviční většině je týrání zjištěno u dětí útlejšího věku – mladších šesti let, přičemž ve stejné míře jsou postiženi chlapci i dívky. Podle statistik 1/3 urgentních úrazových stavů u dětí – zejména do tří let – je způsobována násilím (Vodáčková, 2002; Biskup, 2001, 2003; Vágnerová, 2008; Špatenková, 2010).

Symptomy:

Modřiny způsobené údery na typických predilekčních místech (zadní strana těla, temeno hlavy, záda, hýždě, předloktí); **Rány a popáleniny:** typický způsob popálení od cigarety na místech, která se běžně při vyšetřování neodhalují; opaření vařící vodou, příznaky popálení vzniklé otiskem žhavého předmětu (plotna, žehlička) na dlaních, hýždích, chodidlech; popáleniny rtů vyvolané násilným nucením dítěte do jídla horkého pokrmu. Nalézány jsou oděrky, řezné a zhmožděné rány, hlouběji zasahující rány bodné či sečné. **Fraktury kloubů, kostí:** 15-20% týraných dětí utrpí frakturu (nálezy zhojených fraktur, akutní nálezy). U batolete či kojence je podezřelá zlomenina stehenní kosti s žeber; obecně u dítěte mladšího 2 let je každá fraktura podezřelá z týrání/zanedbání péče. **Poranění hlavy a centrálního nervového systému:** jde o dominující příčinu úmrtí v rámci syndromu CAN; u každého bezvědomí je tedy nutné urgentní vyšetření. **Poraněné oči, vyražené zuby:** u neobvyklých úrazů dětí se dohledávají eventuální další symptomy. U kojenců je, po surovém krmení lžičkou, časté natržení uzdičky horního rtu. **Poranění nitrobřišních orgánů:** zpravidla jde o přidružený nález – hematom v břišní stěně, traumatickou pankreatitidu; poranění jater, sleziny, žaludku, oddílů zažívacího traktu se projevuje jako náhlá příhoda břišní (šokový stav, bezvědomí, akutní ohrožení života); někdy následkem traumatu dochází ke krvácení pod vazivový obal určitého orgánu – nástup příznaků je pozvolnější, méně nápadný, plíživější a tím i zrádnější. Při podezření na CAN je třeba vždy vyloučit **poranění genitálu** (Biskup, 2005; Slaný, 2008, Česká asociace sester, 2009). **Další doprovodné symptomy:** **cefalea** jako alarmující příznak při krvácení, komoci/kontuzi mozku, ale také **chronické bolesti** vzniklé bez nutnosti fyzických inzultů na hlavu jako součást stálých psychosomatických potíží bitého dítěte (Sedlářová, 2008; Slaný, 2008). U kojenců mohou být následky týrání smrtelné. V soudním lékařství se až v průběhu objasňování úmrtí objevují při pitvě poranění, která dítě sužovala delší dobu: sériové zlomeniny žeber, různě staré jizvy po popálení, známky dlouhodobého vyhladovění a dehydratace (Biskup, 2001; Slaný, 2008).

1.1.2 Psychické týrání

Spadá do oblasti neurotizujících faktorů a situací, vedoucích ke stupňujícím se úzkostem a jiné těžké psychopatologii. V naprosté většině případů má somatický doprovod. Tyranizování může probíhat verbální/nonverbální formou – buď jako aktivní děj nebo jde o situaci, kdy v rovině psychické/emoční nenastává něco, co nastávat má. Postižen je osobnostní vývoj a sebepojetí dítěte, se všemi negativními důsledky na rozvoj interpersonálních vzta-

hů. Jelikož některé situace obvykle nebývají pokládány za týrání (jsou brány jako jakási „širší“ norma), je méně často diagnostikováno a obtížně se dokazuje při soudním řízení (Dunovský, 1995; Sedlářová, 2008; Slaný, 2008). Podstatou této formy je **odpírání emoční podpory – bezcitná výchova**: ignorování adekvátních potřeb dítěte, požadavek nereálných výkonů vzhledem k věku a individuálním možnostem dítěte; **nadměrná kritičnost, zesměšňování, pohrdání, ponižování; citové vydírání**: vyvolávání strachu nebo obviňování z toho, že dítě způsobilo někomu nemoc, smrt, zavinilo rozvrat rodiny; **vyhrožování**, že bude opuštěno, posláno do dětského domova; **sociální izolace dítěte**: oddělení od ostatních osob; zamykání na toaletě, ve sklepě, ve chlévě se zvířaty. **Vystavení psychické zátěži v souvislosti s rozvodovou situací rodičů, zatahováním do konfliktů mezi rodiči**. Velkou variabilitu lze vidět v případech domácího násilí, kdy je dítě nejen svědkem fyzického násilí, ale stejně jako oběti je mu vyhrožováno násilím nebo fyzickou likvidací. V neposlední řadě do této formy patří **zřeknutí se dítěte, prosazování ústavní péče rodiči** (Biskup, 2005; Pešová, Šamalík, 2006; Česká asociace sester, 2009, Úlehlová, 2010).

Symptomy:

Týráním často prochází děti, které jsou do pedagogicko-psychologické poradny, centra psychosociální pomoci nebo na pracoviště klinického psychologa přiváděny z důvodu „podezřelého chování“, školního neprospěchu a zvláštní shody náhod v důvodech absence ve škole (Dunovský, 1995; Pešová, Šamalík, 2006; Pavlátová, 2010). Ve škole se týrané dítě obvykle neprojevuje příliš nápadně – obvykle jde o děti zakřiknuté, nekonfliktní, často se sklonem k izolaci. Zkušenost s týráním se však může projevit i agresivními tendencemi (Vágnerová, 2008). Do péče pedopsychiatra se někdy dítě dostává pro naprostou nezvladatelnost, neukázněnost, destruktivní aktivitu. Zpravidla je současně zjištěna úzkost s naprostou odmítavostí vůči vyšetřujícímu (Langmeier, Balcar, Špitz, 2010). Symptomy lze shrnout do následujících kategorií: **Nedostatečný/opožděný tělesný/psychický růst a rozvoj; úzkosti a projevy úlekových reakcí** (externalizace strachu, převážně útěk nebo křik při pocitu ohrožení, nechota/neschopnost zapojit se do hry, odmítání komunikovat, stažení ze sociálních kontaktů, samotářství, dítě bez kamarádů vystavené šikaně, snížená až nulová schopnost sebezprosažení v ohrožující situaci; častý pláč i bez zjevného důvodu, bezradnost, panika, a to i v lékařské ordinaci); **vývojová regrese, projekce a fantazie** (běžné únikové reakce na extrémně náročnou životní situaci); **psychosomatické potíže** (enuréza, bolesti břicha, hlavy, nauzea, děsivé sny, respirační poruchy, nespavost, neurotické návyky, třes, úbytek slovní zásoby); **patologické projevy** (stereotypie, echolálie), **náhlé vady**

řeči (zadržávání, koktání), **poruchy chování** (záškoláctví, bájná lhavost, vulgarismy), **abnormální submisivita**; **nízká sebedůvěra** (přehnaná obava před důsledky různého chování, nadměrná potřeba uznání, pozornosti a citových projevů); **abusus alkoholu nebo omamných látek, poruchy příjmu potravy** (anorexie/bulimie); **útěky z domova, sebe-poškozování, deprese, vyústění situace v sebeustrukci nebo agresii** (Biskup, 2005; Hanušová, 2007, In Sedlářová a kol., 2008; Špatenková, 2010; Úlehlová, 2010).

1.1.3 Sexuální zneužívání

Sexuální zneužívání/Child Sexual Abused Syndrome (CSA) - zapojení závislého, vývojově nezralého dítěte do sexuálních aktivit, ke kterým je donuceno násilím, podvodem, vyhrožováním, vydíráním nebo uplácením formou nabídky různých výhod. Mezi formy patří: **nekontaktní sexuální aktivity** (exhibicionismus, voyeurismus, obscénní telefonáty dítěti); **kontaktní sexuální aktivity** (veškeré praktiky vyžadující fyzický kontakt agresora se zneužívaným dítětem). Podle závažnosti je lze diferencovat na **penetrativní/pronikající** (např. koitus, mnohdy spojený se somatickou traumatizací, tedy různě závažným zraněním dítěte) a **nepenetrativní** (osahávání). Sexuální násilí lze diferencovat ve vztahu k aktérovi i k místu, kde se odehrává. Může být **extrafamiální** (obvykle jednorázové) a **intrafamiální**, které má zcela odlišné charakteristiky a z hlediska psychických následků je závažnější (aktérem je člověk, který je dítěti blízký, zneužívání bývá opakované), respektive trvalejšího rázu (Slaný, 2008; Vágnerová, 2008). Prevalence sexuálního zneužití v dětství (do 15 let věku) je z anamnestických studií uváděna různě – u mužů kolem 10-15%, u žen kolem 30-35% (v ČR u mužů 17%, u žen 33%). Výsledky se v různých vzorcích při různé metodologii značně rozcházejí. Do sexuálního zneužívání se řadí rovněž komerční sexuální zneužívání/viz Organizované týrání dětí (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

Symptomy:

Dochází k psychické a emoční nadstavbě – tedy analogie jako u týrání tělesného, které je vždy implicitně provázeno duševní komponentou (Slaný, 2008). Klinická manifestace: **specifické symptomy** – známky deflorace u nezletilých dívek; výskyt jakékoli pohlavně přenosné choroby; výtok z genitálií, infekce močových cest; hematomy, ragády a poranění oblasti anální a genitální; gravidita; **nеспецифické symptomy** – změny v psychické i osobnostní konstelaci dítěte, psychosomatické potíže a fobie. U menších dětí: vývojový regres v psychomotorickém vývoji, včetně růstové retardace. U starších dětí: porucha osobnosti, apatie, disociativní porucha, destruktivní chování, sebe-poškozování, suicidální pokusy,

separování od vrstevníků – sociální izolace, zhoršení školního prospěchu, poruchy příjmu potravy, útky z domova (Biskup, 2005; Slaný, 2008; Sedlářová, 2008; Česká asociace sester, 2009; Špatenková, 2010). Oběť prochází typickými fázemi: utajování ataku, pocit bezmoci, svedení a přizpůsobení se, odhalení (opožděné a nepřesvědčivé), odvolání výpovědi. Nepřiměřeným způsobem se mění vztah k sexualitě – Finkelhor (1986) tuto reakci nazývá *traumatická sexualizace*. V chování je předčasně zdůrazněna vyzývavost, častý je urychlený počátek aktivního sexuálního života. Pod vlivem zážitku násilného narušení tabu může dojít k extremizaci vztahu k sexu (promiskuita). Opačným důsledkem jsou sexuální dysfunkce (frigidita). U skupiny zneužívaných bývá nacházena častěji zejména hraniční (eventuálně histrionská) porucha osobnosti. Nevládnuté trauma zvyšuje riziko selhání v partnerství. Mohou přetrvávat pocity viny, ale i zlost na předpokládané viníky životní situace (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Vágnerová, 2008).

1.1.4 Zanedbávání

Zachycuje všechny škodlivé formy „ne-péče“ o dítě se všemi nepříznivými důsledky pro jeho život a vývoj v oblasti tělesné (neorganická porucha prospívání), psychické/emocionální (dětská deprivace) i sociální („dětí ulice“) (Dunovský, 1995). Jde o situace, kdy je dítě ohroženo (akutně či chronicky, vždy však závažně) nedostatkem podnětů a faktorů důležitých pro jeho zdravý a plnohodnotný rozvoj. Označuje zanedbanost ve smyslu socio-ekonomické úrovně péče o dítě, neuspokojování bazálních potřeb. Uvedený typ ohrožení dítěte nemá „aktivní“ charakter ze strany dospělých, naopak se jedná o **pasivitu a nezájem, tzn. úmyslné neposkytnutí ochrany** (Bechyňová, 2007; Slaný, 2008; Špatenková, 2010). Příčinami a riziky mohou být: ztráta jednoho nebo obou rodičů; úplná izolace dítěte od společnosti (Kaspar Hauser syndrom); rizika ze strany fungování rodiny (dysfunkční, afunkční rodina; velký počet dětí; nízká socio-ekonomická nebo vzdělanostní úroveň rodiny); rizikové faktory ze strany rodičů (nestabilita partnerů, závislost na návykových látkách; nízký intelekt, osobní nevyzrálost, duševní nebo chronické onemocnění, nízké uvědomění rodičů o hygienických standardech a potřebné zdravotní péči); rizikové dítě (neaktivní, pomalé, s nízkou úrovní sebeprosazování, s handicapem, často kombinovanými vadami); příslušnost k minoritám (etnickým, náboženským sektám; situace běženců).

Symptomy:

Tělesné zanedbávání: malnutrice, dehydratace, opruzeniny, nákaza infekční hepatitidou při absenci hygieny; nevhodné oblečení vzhledem k ročnímu období, neúčast na preventiv-

ních systematických prohlídkách, depistážích a očkovacích programech i po opakovaných výzvách (v souladu s vyhláškou č. 3/2010 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek a zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů), nerespektování a ignorace doporučení zdravotníků a diagnostických, léčebných postupů a režimu u dětí chronicky nebo dlouhodobě nemocných, absence registrace u dětského lékaře. **Emocionální zanedbávání:** neuspokojování citových potřeb, sociální izolace. **Zanedbávání kognitivní a sociální:** zanedbávání výchovy, neodůvodněné absence ve škole. **Zanedbávání ochrany před rizikovými situacemi:** nevhodné prostředí, vystavování stresovým situacím, ponechávání o samotě bez adekvátního dohledu – vyšší úrazovost (Pešová, Šamalík, 2006; Sedlářová, 2008; Česká asociace sester, 2009). Jde o nejčastější formu syndromu CAN, která poškozuje a ohrožuje dítě na životě, způsobuje opoždění v neuropsychickém vývoji. U těchto dětí je charakteristická vývojová retardace, včetně netypického průběhu růstové křivky (Biskup, 2005).

1.2 Zvláštní formy syndromu CAN

Tělesné i psychické týrání může někdy nabývat zvláštních forem, které bývají ještě hůře rozeznatelné. Nejčastěji jde o následující formy:

1.2.1 Syndrom třeseného dítěte/Shaken Baby Syndrom (SBS)

SBS je anglické označení pro soubor příznaků, které se vyskytují specificky u velmi malých dětí (novorozenců, kojenců a batolat) traumatizovaných prudkými otřesy, způsobovanými velmi silným cloumáním. Příčinou agresivního třesení s dítětem bývá frustrace pečující osoby z nepřestávajícího pláče nebo problémy s jeho hygienou a nutností častého přebalování. Pečující osoba, která s dítětem zatřese, mu většinou vůbec nechce ublížit.

Symptomy:

Jde o specifická poranění, zejména úrazy v mozkové tkáni, závažné až smrtelné poškození krční páteře a míchy, intrakraniální krvácení a krvácení do očních bulbů. Zevní nález (mimo oblast hrudního koše, kde lékaři nalézají hematomy a fraktury na hrudníku a žebrech), je přitom obvykle chudý. Jelikož dětský mozek a cévy jsou velmi křehké, podobným kinetickým změnám je dítě vystaveno také při hře, kdy je prudce vyhozováno do výšky. Rodiče, aniž by si to uvědomovali, vystavují své malé dítě velkému riziku vzniku nebezpečného poranění a rychlému rozvoji SBS. Prognóza bývá velmi špatná: nešetrné třesení má za ná-

sledek poruchy sání a polykání, zhoršení nebo ztrátu sluchu či zraku, záchvatovitá onemocnění, poškození mozku vedoucí k mentální retardaci, poruchy řeči nebo učení, autismus, kognitivní poruchy a poruchy chování, paralýzu. Statistiky uvádějí, že ¼ až ⅓ dětí následkem zranění umírá. Pokud se nenajde nikdo, kdo poskytne přesný popis události, je diagnostika tohoto syndromu velmi obtížná (Slaný, 2008; Starý, Plánka, Gál, 2009).

1.2.2 Münchhausenův syndrom v zastoupení/by proxy

Münchhausenův syndrom (tzv. fiktitivní/předstíraná porucha) byl nazván dle historické osobnosti – barona Münchhausena z Hannoveru, popsané ve známém románu R. E. Raspeho „Baron Prášil“. Název syndromu byl analogicky zvolen k barvitým příhodám barona. U dětí tento nebezpečný podvod poprvé popsal Meadow v roce 1977 jako Münchhausenův syndrom v zastoupení/by proxy (dříve nazýván „Polle syndrom“ dle dcery barona, která zemřela ještě v kojeneckém věku). Jde o situace, kdy rodiče navštěvují řadu lékařů, kterým věrohodně popisují příznaky onemocnění svého dítěte, nechávají dítě opakovaně hospitalizovat, vyšetřovat a léčit (často bolestivými invazivními způsoby), přičemž vyvolávající příčina domnělého onemocnění je zcela smyšlena (Slaný, 2008). Nejde „pouze“ o nepravdivé uvádění, zveličování nebo předstírání příznaků, týráním je jejich záměrné vytváření. I v případě, kde „vyrábění“ příznaků somatického nebo duševního onemocnění/postižení samo o sobě dítěti neublíží (kontaminace moči dítěte cizí krví), je dítě poškozováno opakovanými lékařskými vyšetřeními a pokusy o léčbu v míře, která neodpovídá objektivní skutečnosti (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001). Publikovány byly případové studie, kdy rodič způsoboval patologické stavy u dítěte nesprávným dávkováním léků, podáváním nadměrného množství soli, chemických prostředků používaných v domácnosti nebo záměrným infikováním záměrně způsobených drobných poranění při jejich „ošetřování“. V jiných případech šlo o vyvolávání vážných symptomů psychických (obrazy psychóz s halucinacemi, deliriozní stavy a bludy, příznaky autismu nebo mentálního postižení). Dnes, kdy s dítětem bývá do nemocnice přijímána i matka, je mnohdy pozorováno pokračování těchto praktik i v průběhu hospitalizace. Syndrom vždy obsahuje hlubší motivaci. Způsobování chorobných příznaků u dítěte většinou představuje pro rodiče způsob řešení interpersonálních obtíží: motivací je vlastní stres a pocit bezmoci při osamělosti nebo vážných manželských konfliktech. Za hlubokou a skrytou motivaci jednání rodiče je považováno zdůraznění významu vlastní osoby – být hodnocen jako obětující se při péči o „nemocné“ dítě, potřebu uznání za vzornou péči, politování okolím. Některé formy

skrytého ubližování způsobují dítěti velké utrpení a ačkoliv je tento syndrom vzácný, může vést až ke smrti dítěte. Úmrtnost je uváděna mezi 6-19% případů (Buchanec, Ondrejka, Chromá, 2003; Dunovský, 2005, Říčan, Krejčířová, 2006; Bechyňová, 2007; Vágnerová, 2008; Česká asociace sester, 2009).

1.2.3 Šikana

Projevy fyzické/verbální agrese, které se dopouští jedinec/skupina vůči jedinci v závislém postavení, který pro fyzickou nebo jinou slabost, nemá možnost účinné obrany. Charakteristické je zesměšňování nepřiměřenými nebo nesplnitelnými úkoly, vynucování „poslušnosti“, pronásledování, přímé/nepřímé výhrůžky. Pachatele motivuje k pronásledování ventilování hostility, reakce na odmítnutí, hledání intimity a blízkosti za každou cenu, nedostatek kompetencí řešit vzniklou situaci jinak, pronásledování jako důsledek predátor-ské/útočné agresivity (Věštník MZČR, částka 3/2008; Česká asociace sester, 2009).

1.2.4 Zneužívání dítěte

V obecné rovině se jím rozumí všechny situace, v nichž dospělý, nebo starší vrstevník využívá dítě ve svůj vlastní prospěch (pro obohacení/uspokojení) z pozice společenské nebo intelektuální nadřazenosti a převahy. Může mít mnoho podob – patří sem ekonomické zneužívání, kdy je dítě nuceno ke krádežím a žebrání doma či mimo domov nebo zneužívání dítěte k věku nepřiměřené (často velmi těžké) fyzické práci (Říčan, Krejčířová, 2006; Bechyňová, 2007). V zemích Evropy a Severní Ameriky je využívání dětí k námezdní práci většinou omezeno a stíháno (i když ani zde není úplně potlačeno), v mnoha rozvojových zemích je však velmi časté (Langmeier, Balzar, Špitz, 2010). Neméně závažná je situace zneužívání dítěte „pouze“ jako svědka agrese ať již přímo v rodině v rámci domácího násilí (Domestic violence including children) nebo mimo domov.

1.2.5 Organizované týrání dětí

Jde o závažnou formu týrání a zneužívání dětí s rostoucím důrazem na jeho organizovanost. Jde o vraždy dětí za účelem prodávání orgánů k transplantacím, zneužívání k otročké práci, kriminálním aktivitám nebo **komerčnímu sexuálnímu zneužívání (Commercial Sexual Exploitation of Children/CSEC – sexuální turistika, dětská prostituce, porno-**

grafie) výměnou za peníze nebo za odměnu v naturálních prostřednících, agentem nebo jinými osobami, které vydělávají na obchodu s dětmi pro tyto účely. Extrémními případy organizované formy CAN jsou občasně hromadné sebevraždy celých uzavřených společenství dospělých i dětí (Kanada, USA, Velká Británie). K neméně nebezpečnému ubližování dochází odmítáním odborné zdravotní péče (transfuze krve) některými sektami nebo v případech, kdy rodiče brání v léčbě vážně nemocného nebo chronicky nemocného dítěte, čímž jej ohrožují na zdraví a na životě, případně volí formu alternativních postupů i přes nesouhlas odborného lékaře, který tuto léčbu nedoporučuje/neschvaluje (Bubleová, 2007; Langmeier, Krejčířová, 2008; Česká asociace sester, 2009).

1.2.6 Systémové týrání/sekundární viktimizace

Dítě se jako oběť trestného činu stává samo obětí vyšetřování a systému, který původně vznikl na jeho ochranu a pomoc jeho rodině. Jde o vystavování dítěte psychické zátěži, opakovaným lékařským vyšetřením (**zdravotnické instituce**); ponižování, přetěžování, neadekvátní přístup k dítěti (**školské instituce**); zanedbávání a nedostatečnou péči v kolektivních zařízeních (**jesle, MŠ, ZŠ, dětský domov**); oddělení od rodiny v případech, kde to není nevyhnutelně nutné (předání do dlouhodobé ústavní péče), nediskrétní/necitlivé dotazy na tragickou událost, poškození necitlivým nebo vynucovaným vyšetřováním, opakovaním výslechů, protahováním slyšení u soudu, konfrontacemi s dospělými, devalvací výpovědí, přenášením zodpovědnosti na dítě, upřením práva na informace nebo práva být slyšeno (**OSPOD, policie, soudní systém**); nevhodné zásahy (**opatření terapeutické a rehabilitační**). Sekundární viktimizace může mít destruktivnější dopad než původní trauma dítěte, které měl systém za úkol řešit. Jednotlivými postupy při řešení CAN se může zabývat Úřad veřejného ochránce práv a prošetřovat jednotlivé podněty (Sedlářová, 2008; Česká asociace sester, 2009; Špatenková, 2010).

2 MEDICÍNSKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Léčba týraných, zneužívaných a zanedbávaných dětí se uskutečňuje v několika základních rovinách, které však nejsou od sebe ostře ohraničeny. V první řadě jde o léčbu akutních stavů a přímou intervenci řešící urgentní situace, ohrožující zdraví a život. Jejím hlavním smyslem je, po zjištění rozsahu a závažnosti postižení i jeho příčin, zabránit co nejdříve dalšímu útoku nebo přerušit proces násilí a ubližování dítěti. Spolu s tím je nutno ošetřit všechny škody a poruchy v rámci široce pojaté krizové intervence. Zvýšená pozornost je věnována především dětem, které potřebují okamžitou rychlou první pomoc (zástava krvácení, ošetření popálenin, napravení zlomeniny). Jde taktéž o zvládnutí akutních karencních stavů, vysvobození ze sociální izolace, zabezpečení všech (nebo v této etapě alespoň základních) potřeb, které dítěti zneuživatel odepřel. V případech psychického násilí je třeba dítě v úvodní fázi léčby ochránit od dalšího pokračování nepříznivého stavu a pokusit se nastolit stav optimálně možné duševní a sociální pohody. Daleko nejobtížnější je léčba sexuálně zneužitého dítěte. Nejde jen o lékařský zákrok, ale hlavně o psychickou podporu a pomoc – být s dítětem, zvláště když se dostane do úplného osamocení, opuštěno všemi nejbližšími. Nutné je brát v úvahu i možnou pohlavní infekci, která léčbu značně komplikuje. V následné fázi léčby je často nutné umístit dítě mimo rodinu, nejčastěji k lidem, které dítě zná a důvěřuje jim, kteří jsou schopni se o ně náležitě postarat a spolupracovat se zúčastněnými odborníky, anebo umístit dítě v ozdravovně (odborně léčebném ústavu) nebo vybraném sociálním zařízení, připraveném zvládat tuto složitou situaci (Dunovský, 1995).

2.1 Význam primární lékařské péče

Základní článek v primární péči o dítě představuje praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) a dětská sestra. V praxi to představuje systém, kdy zdravotnické zařízení, které si rodiče dítěte vybrali (jde o svobodnou volbu lékaře), poskytuje svému registrovanému/svěřenému dětskému pacientovi ambulantní primární péči. Tato péče, zaměřená na ochranu zdraví, sledování zdravého vývoje, prevenci nemocí a jejich diagnostiku, léčbu, případně následnou rehabilitaci, by měla být poskytována pokud možno v místě bydliště dítěte nebo v jeho blízkosti. Primární péče řeší přibližně 85% všech zdravotních problémů dětí, přičemž je pečováno o děti ve všech fázích jejich vývoje (0-19 let). Musí zde být splněn požadavek plné kompetentnosti v rozhodování a součinnosti se všemi dalšími společenskými organizacemi, které se na péči o dítě podílejí (Klíma, 2003; Sedlářová, 2008).

2.1.1 Princip předběžné opatrnosti

Úkolem **preventivní pediatrie** je upevnit zdraví dětí, předcházet jeho poruchám, odstraňovat jejich příčiny a nepřipustit poškození dítěte. Jelikož zejména v raném a předškolním věku je dítě zcela bezmocné a závislé, jeho vlastní možnosti vyhledávání pomoci jsou v tomto období velmi omezené. Nemá dostatek informací ani schopností k tomu, aby identifikovalo svůj stav jako krizi a aby o svých potížích komunikovalo se správnou osobou. Naopak, projevy ohroženého dítěte jsou obvykle poměrně nejasné z důvodu nezralosti nebo neschopnosti problém sdělit a v rámci vývojových změn se hůře odhadují – například konfabulace (Dunovský, 1995; Vágnerová, 2008; Hoskovcová, 2009). Starší děti samy při vyšetření i následných rozhovorech týrání spíše popírají a zmenšují jeho význam ve snaze chránit rodiče, ke kterým mají i přes negativní zkušenosti silnou emoční vazbu, nebo ze strachu před dalším násilím (Bechyňová, 2007). Samotný agresor do ordinace lékaře s dítětem obvykle nedochází – je si vědom svého jednání a možnosti trestního stíhání. Z praxe je známo, že pokud dítěti způsobí nebo způsobuje svým jednáním úrazy, navštíví zpravidla vždy jinou pohotovost nebo ambulanci, kde není zaručena kontinuita péče (Pavlátová, 2010). Při zanedbávání povinných preventivních lékařských prohlídek je vždy nutné zabírat se konkrétními rizikovými faktory na straně rodičů:

- **Rodiče/pečovatelé nerozumí důležitosti a významu preventivní lékařské péče především z důvodu omezených rozumových schopností.** V těchto případech je třeba s rodiči pracovat na porozumění tomuto požadavku, hledat podporu v širší rodině a okolí. Lze využít podpůrné sociálně-aktivizační programy, které – ať už na bázi profesionální, či dobrovolnické asistence – mohou dohlížet na poskytování lékařské péče, zejména u nejmenších dětí.
- **Rodiče nejsou schopni zajistit pravidelné prohlídky a lékařskou péči,** přičemž důvodů může být několik. U rodičů s omezenými rozumovými schopnostmi, psychickým onemocněním, abusem alkoholu, může být problém se sledováním termínů, časů a dalších pokynů. Tyto případy vyžadují posouzení možností práce s rodinou a další vhodné podpory. Opět lze využít dostupných sociálně-aktivizačních služeb.
- **Rodiče se kontaktu s lékařem záměrně vyhýbají.** Tato příčina patří mezi nejzávažnější, jelikož obvykle jde o pokus zakrýt špatnou péči o dítě, jeho týrání/zanedbávání/zneužívání. Tyto rodiny se uchylují k častému střídání dětských lékařů či bydliště, aby ztížily identifikaci symptomů špatného zacházení s dítětem.

- **Vyhýbání se kontaktu s lékařem nemusí být příznakem špatné péče.** V posledních letech se zvyšuje počet rodin s alternativním životním stylem, které nesouhlasí s očkovacím kalendářem, vakcinaci se vyhýbají a upřednostňují jiné léčebné postupy, protože preventivní kontakt s klasickou medicínou nevidí jako nutný. V těchto případech je nutné posoudit, zda postup rodičů je pro dítě ohrožující (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Objektivní názor může získat PLDD z opakované návštěvy v bytě rodiny a prohlédnutím si místa, kde se dítě učí, stravuje a spí. Má-li podezření na zanedbávání, vždy získá validní informace od pedagogů (Biskup, 2003).

Dle **zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě**, je PLDD povinen vést evidenci dětí s prokázaným nebo oprávněným podezřením na týrání zjištěné v průběhu roku.

Dle **zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění** je poskytována dětem do jednoho roku věku, vybraným dětem od jednoho roku věku a mladistvým (chronicky nemocným nebo ohroženým poruchami zdravotního stavu v důsledku nepříznivého sociokulturního prostředí) **dispenzární péče**. Nemoci, u nichž je poskytována, stejně jako časové rozmezí (doporučená frekvence prohlídek: 4-6x za rok) a označení specializace dispenzarizujícího lékaře (PLDD, pedopsychiatrie, psychologie) jsou uvedeny ve **vyhlášce 39/2012 Sb.** Dětské pacienty do dispenzární péče zařazuje jejich registrující lékař, který odpovídá za její účelnost a koordinaci. Účtování zdravotním pojišťovnám – vždy dle smluvního ujednání mezi zdravotnickým zařízením (PLDD) a pobočkou zdravotní pojišťovny, zakotveného ve Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče (Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č.55/2000 Sb., Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami).

2.1.2 Postup lékaře primární péče při podezření na syndrom CAN

Česká lékařská společnost J.E.Purkyně zveřejnila v rámci projektu Interní grantové agentury MZ ČR 54 tzv. „Standardů léčebné a diagnostické péče“ a tzv. „Modelových standardů“ pro období 2000-2001 doporučené postupy zaměřené pro použití v ordinacích PLDD. Aktualizovaný „**Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**“ je k dispozici od 30.5. 2008. Jde o optimální nabídku postupu „lege artis“ v každodenní praxi, které by měly být kompatibilní s postupy pro lékaře v péči sekundární, terciární a naopak (Biskup, 2001, 2003, 2005). Metodiku pro nelé-

kařské zdravotnické pracovníky „*Pracovní postup: syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*“ vydala ke dni 14. 4. 2009 Česká asociace sester.

V praxi se PLDD orientuje aktuálním zdravotním stavem dítěte a reálnou situací. Podezření na CAN může vycítit nejčastěji při popisování obtíží nebo poranění doprovodem dítěte, nebo přímo od dítěte. Nesrovnalosti mezi anamnézou a klinickým nálezem musí lékaře jen utvrdit v jeho podezření z nenáhodného nebo nedbalostního poškození zdraví dítěte. Pozornost je vždy věnována především autenticitě a adekvátnosti popisu mechanismu vzniku daného zranění. Správným vodítkem je úroveň psychomotorického vývoje zraněného dítěte. Typickým znakem, který vede k podezření na týrání, je především skutečnost, že uváděný popis vzniku úrazu neodpovídá závažnosti poranění, neurčitost nebo změny popisu úrazu (vyskytují se až u 90% případů týrání, ale téměř nikdy v případě náhodného úrazu), pozdní příchod zraněného k prvotnímu lékařskému ošetření (za několik dní až týdnů), opakující se úrazy a fraktury na různých částech těla a v různých fázích hojení. V případě, že zákonný zástupce dítěte odmítl udat jméno a adresu posledního praktického lékaře, by mělo být pojato podezření na dítě žijící v rizikovém prostředí (Biskup, 2001; Bechyňová, 2007; Slaný, 2008; Sedlářová, 2008; Česká asociace sester, 2009). Druh nálezu je vždy značně ovlivněn stupněm použitého násilí, četností zneužití, věkem dítěte a především dobou, která proběhla od zneužití po vyšetření (Sedlářová, 2008).

2.1.3 Zajištění hospitalizace dětské oběti

Povinností je vyšetřit každé poranění, ošetřit je, případně zabezpečit či doporučit potřebné výkony k ošetření. V některých případech lze doprovod poučit, pozvat ke kontrolnímu vyšetření, dítě zařadit do dispenzarizace nebo odeslat dítě s doprovodem ke konziliárnímu vyšetření na odborné pracoviště. Při závažných zjištěních je vždy nutné doporučit dítě k okamžité hospitalizaci na lůžkové oddělení dětské kliniky. **Před vyslovením podezření (spolu s převzetím dítěte do péče) je nutné, aby PLDD dodržel následující:**

- Získal „Zprávu o propuštění novorozence“ nebo „Protokol o předání pacienta“.
- Zjišťoval a zapisoval do dekurzu aktuální společenské a rodinné zázemí dítěte a jejich případné změny, sledoval symptomy poukazující na syndrom CAN.
- Provedl komplexní vyšetření dítěte s detailním „Záznamem o zdraví a nemoci dítěte“ do zdravotnické dokumentace. Kromě data a časového údaje prvotního podezření je nutné uvést nález a popis odběru anamnézy (je-li to možné, vždy je nutné zeptat se sa-

motného dítěte, co se mu stalo), chování dítěte během ošetření, subjektivní popis potíží vyslovený osobou doprovázející zraněné dítě (kdy a jakým způsobem došlo k poranění, kdo byl události přítomen).

- U dítěte, jehož doprovod může být pachatelem syndromu CAN, musí lékař vždy zachovat **profesionální jistotu v komunikaci**. Přestože při vyslovení podezření zpravidla následuje v ordinaci konfliktní situace, je vhodné vyhnout se konfrontacím a nediskutovat s domnělým agresorem. Vyřčením podezření hrozí, že rodič ze strachu před odhalením ještě závažnějších zranění, dítě nepředá k dalšímu vyšetření. Jestliže odmítne respektovat doporučení k hospitalizaci dítěte, PLDD před svědkem (zdravotní sestrou) sdělí své podezření, upozorní doprovod, že je nutné celkové vyšetření v nemocnici a vysvětlí další postup, který může vést i k nepotvrzení podezření.
- Lékař v kopii vypíše doporučení k hospitalizaci a **informuje o budoucím příjmu zodpovědnou osobu na dětském oddělení**.
- Na základě subjektivních i objektivních údajů neprodleně telefonicky **informuje Policii ČR a spádové OSPOD** o reálné situaci a žádá o okamžitou pomoc v ochraně dítěte. Dítě, které vyhledalo lékařskou péči samo, lékař nepustí z ordinace do doby, než OSPOD provede další opatření; případně zajistí neprodleně převoz dítěte k hospitalizaci osobně nebo v doprovodu zdravotní sestry. Převoz zařídí rovněž v případě doprovodu dítěte cizí osobou (pedagog, příbuzný dítěte, soused), která vyslovila podezření na CAN. V případě existence reálného nebezpečí další agrese doprovodu vůči dítěti zajišťuje lékař převoz za asistence policie.
- Záznam by měl lékař formulovat tak, aby jej mohl jako výpis ze zdravotnické dokumentace s popisem nálezu předat v kopii na vyžádání Policii ČR nebo OSPOD. Zápis slouží k dalšímu prošetřování případu – je potřebný pro soudní znalce, experty a vyšetřovatele. Vždy musí obsahovat způsob ohlášení, jméno pracovníka OSPOD, kterému lékař své podezření nahlásil a zařízení, do kterého bylo dítě s doprovodem odesláno. Z důvodu budoucích svědeckých výpovědí je zaznamenán rovněž kontakt na doprovázející osobu (Biskup 2001, 2003, 2005).

Časná detekce v oblasti primární péče může být zachycena rovněž u praktických lékařů pro dospělé, zdravotníků sloužících lékařské službě první pomoci a zdravotnickou záchrannou službu, v případě abúzu drog u pracovníků lékárenské služby. Těž hygienická stanice může OSPOD informovat o závadných hygienických podmínkách v rodině s nezletilými dětmi.

Nejčastěji zachytí projevy týrání lékaři nemocnic (zejména chirurgického, gynekologického oddělení, oddělení popálenin), ovšem již ve stádiu, kdy zdravotní stav dítěte vyžaduje hospitalizaci (Biskup, 2003; Phare, 2008).

Dle **zákona o sociálně-právní ochraně dětí 359/1999 Sb.** „*má dítě právo požádat zdravotnická zařízení o pomoc při ochraně svého života a dalších svých práv. Zdravotnický pracovník je pak povinen poskytnout dítěti odpovídající pomoc. Dítě má právo požádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte. Dítě, které je schopno formulovat své vlastní názory, má právo pro účely sociálně-právní ochrany tyto názory svobodně vyjadřovat při projednávání všech záležitostí, které se ho dotýkají, a to i bez přítomnosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za jeho výchovu. Vyjádření dítěte se při projednávání všech záležitostí týkajících se jeho osoby věnuje náležitá pozornost odpovídající jeho věku a rozumové vyspělosti. Dítě má právo rovněž na informace přiměřené jeho věku.*“

2.1.4 Oznamovací povinnost

Oznamovací povinnost vyplývá z ustanovení **§7 odst. 2 zákona 359/1999 Sb., o SPO**, ve znění pozdějších předpisů. **Zákon o SPO v §10 odst. 4** ukládá oznamovací povinnost státním orgánům, pověřeným osobám, školám, školským zařízením a zdravotnickým zařízením, popřípadě dalším zařízením určeným pro děti, obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž správním obvodu má dítě trvalý pobyt, a není-li tento pobyt znám, obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž správním obvodu se nachází zařízení, do kterého bylo dítě přijato. Na základě oznámení může OSPOD využít svá oprávnění a zajistit včas potřebná preventivní opatření či zabezpečit odpovídající pomoc. Může si přitom sám vyžádat bližší informace a údaje potřebné k doplnění prvotního zjištění od dalších subjektů.

Dle **§ 53 o SPO** jsou na výzvu orgánů SPO další právnické osoby, zejména školy, školská, zdravotnická a jiná obdobná zařízení, fyzické osoby, pokud jsou zřizovateli škol a dalších zařízení uvedených v písmenu c) nebo pověřené osoby, povinni sdělit bezplatně údaje potřebné pro poskytnutí SPO, nebrání-li tomu zvláštní právní předpis. Ustanovení § 53 bylo novelizací doplněno tak, že povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního právního předpisu se nelze dovolávat, jestliže mají být sděleny údaje o podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o něj. Zákon o SPO upravuje, že nesplnění oznamovací povinnosti je sankcionováno jako přešůpek či jiný správní delikt.

Dle § 10 zákona o SPO „Zdravotnické zařízení je povinno při ošetření úrazu dítěte v případě podezření z týrání, zneužívání dítěte nebo ze zanedbávání péče o dítě zajistit zaznamenání úrazu. Záznam o vzniku úrazu je povinna provést osoba doprovázející dítě, nebo dítě samo, dostavilo-li se k ošetření úrazu bez doprovodu jiné osoby, a je-li to možné s ohledem na jeho věk a rozumovou vyspělost. V záznamu je osoba doprovázející dítě povinna uvést, jak k úrazu došlo; stejnou povinnost má i dítě, pokud záznam vyplňuje toto dítě. Jestliže zdravotnické zařízení zjistí, že charakter zranění neodpovídá popisu úrazu uvedené osobou, popřípadě dítětem, tuto skutečnost v záznamu uvede. V případě, že doprovázející osoba, popřípadě dítě, odmítne záznam provést, vyznačí zdravotnické zařízení tuto skutečnost v záznamu. Záznam je povinno zdravotnické zařízení zaslat obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností.“ Místní příslušnost úřadu se řídí místem sídla zdravotnického zařízení. Nemá-li dítě v obvodu tohoto obecního úřadu obce s rozšířenou působností trvalý pobyt, zašle tento obecní úřad záznam o úrazu dítěte obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, v jehož obvodu má dítě trvalý pobyt. Nesplněním uvedené povinnosti se zdravotnické zařízení dopustí správního deliktu.

V souvislosti s oznamovací povinností je třeba upozornit na **trestní zákon 140/1961 Sb.** Dle **§ 8 trestního řádu** jsou státní orgány, právnické a fyzické osoby, bez ohledu na povinnou mlčenlivost, povinny neprodleně oznamovat státnímu zástupci nebo policejním orgánům skutečnosti, které nasvědčují tomu, že byl spáchán trestný čin.

- **Nepřekážení trestného činu (§ 167 trestního zákona)**

„Kdo se hodnověrným způsobem doví, že jiný připravuje nebo páchá trestný čin týrání svěřené osoby, vraždu či pohlavní zneužívání a spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta..“. Za překážení trestného činu se považuje také jeho včasné oznámení státnímu zástupci nebo policii.

- **Neoznámení trestného činu (§ 168 trestního zákona)**

„Kdo se hodnověrným způsobem doví, že někdo spáchal trestný čin, například týrání svěřené osoby, vraždy atd., a takový trestný čin bezodkladně neoznámí státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta...“. Povinnost oznámit trestný čin nastupuje nejen tehdy, když se oznamovatel o trestném činu doví a zná jeho pachatele, ale také tehdy, kdy se o trestném činu doví bez toho, aby znal pachatele (Biskup, 2001, 2003, 2005; Uherek, 2008; Phare, 2008).

2.2 Význam a specifika hospitalizace u syndromu CAN

V krizových situacích je dítě doporučeno k diagnostickému pobytu v nemocnici, pokud již není přijato přímo z důvodu urgentnosti a závažnosti somatického nebo psychického postižení/poranění. **Nemocniční lůžková pediatrická péče** (novorozenecký úsek, oddělení kojenců a batolat, oddělení větších dětí) navazuje na péči primární. Je tvořena sítí dětských oddělení, které jsou součástí různých typů nemocnic (městské, krajské a fakultní nemocnice). Dětská oddělení poskytují ambulantní, základní i specializovanou diagnostickou a léčebnou péči za hospitalizace, jejíž součástí jsou i preventivní opatření. Péče je zde dále rozlišována na standartní, intenzivní a dlouhodobou (rehabilitační nebo symptomatickou). Mimo péče pediatrů je využíváno konziliárních služeb všech specialistů a odborníků dalších oborů zastoupených v nemocnici (Klíma, 2003; Sedlářová, 2008).

Odhalení fyzického ublížení dítěti je diagnosticky a terapeuticky v první řadě věcí medicínskou, teprve následně i trestně-právní a civilně-právní. Obdobně při psychickém týrání dítěte převažuje psychologický a sociální aspekt, k němuž se přiřazuje aspekt lékařský, právní, sociálně-ekonomický. Diagnóza CAN může být definitivně stanovena až na základě závěrů superkonziliárních vyšetření (počínaje rentgenologickými vizitami) a komplexního šetření multidisciplinárního týmu. Na lékařská vyšetření mají vždy návaznost (popřípadě dle možností probíhají společně s nimi, pokud jim již nepředcházela), vyšetření pedopsychologem a pedopsychiatrem. Integrální součástí těchto vyšetření je intervence zdravotně-sociální pracovnice příslušného zdravotnického zařízení a sociálních pracovníků OSPOD. Jde o potvrzení nebo vyloučení diagnózy šetřeného případu, je-li to ovšem již v tomto momentu možné. Jestliže není, pak případ nutno považovat za pravděpodobný, nicméně je vždy nutné postupovat stejně, jako by šlo o ověřenou diagnózu. V závažných případech se v této fázi účastní i Policie ČR, která by měla být přizvána vždy, hrozí-li z trestního hlediska nebezpečí z prodlení. Přestože při diagnostice, terapii, rehabilitaci i prevenci tohoto jevu může v daném okamžiku převažovat snad ten nebo onen přístup nebo obor zabývající se dítětem, vždy musí dojít k pokud možno jednotnému, byť i vnitřně diferencovanému závěru. Ten jednak buď potvrdí nebo vyvrátí podezření (nebo se k němu alespoň vyjádří), jednak stanoví základ/náhled na další postup. Výstupem interdisciplinárního přístupu musí být jednoznačné stanovisko, učiněné po rovnocenné účasti příslušných odborníků, při plné odpovědnosti nositele toho či onoho oboru, jehož problematika je v dané situaci dominující, anebo při odpovědnosti koordinátora týmu (Dunovský, 1995, 1999; Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Sedlářová, 2008).

2.2.1 Odebrání anamnézy

Vlastní postup komplexního somatického vyšetření záleží na věku dítěte, přičemž pořadí úkonů je dáno naléhavostí stavu, v němž se malý pacient nachází. Zásadním úkonem před fyzikálním vyšetřením je odebrání podrobné anamnézy, která je východiskem pro další diagnostický, léčebný a ošetrovatelský postup. Její součástí je **rodinná anamnéza** (zdravotní stav rodičů, sourozenců, eventuálně prarodičů), **osobní anamnéza** (průběh těhotenství a porodu, průběh poporodní adaptace, délka kojení a současná výživa, údaje z preventivních prohlídek, očkování a jeho komplikace, předchorobí/prodělané nemoci, operace, úrazy, hospitalizace, medikace, abúzus návykových látek), alergologická a epidemiologická anamnéza (kontakt s přenosnou nemocí), **sociální anamnéza** a **u dívek i gynekologická anamnéza** (menzes, gravidita) (Sedlářová, 2008). V pediatrii jsou obvykle zdrojem informací, mimo samotného dítěte, **doprovázející osoby**, **zdravotní záznamy** (ambulantní karta, lékařská a ošetrovatelská překládová zpráva) a **výsledky vyšetření**. V polovině devadesátých let 20. století se v ČR začaly používat nové zdravotní průkazy dětí, které mimo údajů o vakcinaci zahrnují informace o celkovém vývoji zdravotního stavu od narození do plnoletosti a záznamy všech preventivních prohlídek. Jejich součástí jsou základní vývojové grafy, kde je možné sledovat některé charakteristiky dítěte v kontextu údajů o české dětské populaci. Průkaz obsahuje následující údaje:

- **Výška a hmotnost** (nutriční skóre, BMI): základní vývojové ukazatele, jejichž hrubé odchylky mohou poukázat na nedostatečné uspokojování potřeb dítěte v oblasti výživy (podvýživa nebo patologické přejídání), případně na další zdravotní problémy
- **Zrak a sluch**: neodhalený handicap významně omezuje vývoj dítěte v mnoha směrech (zdání mentálního zaostávání); **Dentice**: stav zubů může být indikátorem špatné péče
- **Psychomotorický vývoj**: posouzení je součástí preventivní prohlídky (hrubý screening). Celkově zpomalený/náhle přerušovaný vývoj je důležitým ukazatelem kvality péče u kojenců a batolat; **Řeč**: základní hodnocení vývoje řeči je součástí preventivních prohlídek dětí od školního věku, rovněž doporučená či realizovaná logopedická péče
- **Základní biochemický rozbor krve, krevní tlak**: slouží k odhalení metabolických poruch a dalších onemocnění.
- Kromě aktuálního zdravotního stavu je brán v potaz celkový tělesný vývoj dítěte, vlivy dědičnosti na některá onemocnění a poruchy psychického vývoje, které mohou hrát značnou roli při posouzení situace a následném plánování péče. U chronických onemocnění, smyslových či somatických postižení je důležitá komunikace s odborníky z dalších

oborů. Mimo diagnózu je třeba znát pravděpodobnou prognózu, seznámit se s principy péče, léčby a zvláštními potřebami, které ze zdravotního stavu plynou (Matoušek, Pazlarová, 2010).

Lékaři se musí v případě nálezů vyrovnat s širší **diferenciálně diagnostickou otázkou**. Rozlišení mezi poraněním způsobeným náhodou anebo úmyslným útokem proti dítěti se jeví obzvláště závažným problémem (syndrom náhlého úmrtí kojence proti udušení kojence; neorganická porucha prospívání proti poruše organické; diagnóza podvýživy způsobené úmyslně oproti výskytu poruch výživy – malabsorbční syndrom, chronické onemocnění nebo vada; hematomy – vyloučení eventuální poruchy hemokoagulace, cévní choroby). Při odběru anamnézy a ošetřování je nutné přiměřeným způsobem reagovat na všechny symptomy. Nezbytná je fotodokumentace, stejně jako detailní popis s evidencí svědeckých výpovědí a následná verifikace s objektivním nálezem. Jelikož popáleniny a fraktury patří k relativně častějšímu typu úrazu během dětství (typicky v průběhu batolecího věku, kdy se dítě již vertikalizovalo a začíná chodit, jeho chůze je však vratká, špatně koordinovaná), je mnohdy velmi obtížné odhalit zranění, která nebyla způsobena náhodně (Dunovský, 1995, 1999; Biskup, 2001; Bechyňová, 2007; Slaný, 2008; Sedlářová, 2008).

2.2.2 Léčba syndromu CAN

K tomu, aby byl léčebně-ochranný proces úspěšný a přinesl bezprostředně po události pozitivní, musí být priority interdisciplinární spolupráce orientovány na:

- **zajištění fyzického/psychického bezpečí** (redukce ohrožení, omezení strachu a úzkostí) **při diagnosticko-terapeutickém procesu** (poskytnutí emocionální podpory)
- **aktivitu zdravotníků a všech zúčastněných odborníků** (psychologická pomoc; sociálně-právní opatření; intenzivní kontakt s dítětem: zhodnocení adaptačních mechanismů; identifikace problému a koncentrace na něj, eliminace tendencí k odmítání a zkreslování reality; vhodný výchovný přístup, četnost kontaktů dle potřeb dítěte)
- **individuální přístup k dítěti vycházející z komunikačních zásad pro dětského pacienta a Charty práv hospitalizovaných dětí** (dodržet právo dětí být informován způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání)
- **profesionální přístup k rodině dítěte** (je-li to dle rozhodnutí OSPOD reálné, umožnit pravidelný kontakt dítěte s netýrajícími rodinnými příslušníky)
- **plán následné péče** (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Špatenková, 2010)

Celkové multidisciplinární řešení syndromu CAN je realizováno v širokém záběru sahajícím od jednorázové krizové intervence v průběhu hospitalizace přes krátkodobou individuální terapii, až k dlouhodobé formě psychoterapie, kdy je potřeba několikaměsíční péče:

- **Akutní (krizová) léčba:** řeší „zde a nyní“ dané ohrožení nebo konkrétní somatické a psychické poškození. Zahrnuje první diagnózu, zjišťující závažnost, místo zasažení i nebezpečnost jednotlivých příznaků pro život a zdraví dítěte. Současně určuje první ošetření a naléhavost. Každé ošetření se děje lege artis urgentními léčebnými postupy a standardizovanými postupy traumatologa, neurologa, eventuálně dalších potřebných konsiliářů (oční, ORL, stomatolog, pedopsychiatr, gynekolog, neurochirurg). Kromě uspokojení základních potřeb (hygiena, spánek, strava, tekutiny) zahrnuje medikaci (farmakoterapie – podpůrná léčba při redukci úzkosti a depresivních stavů). Intervence dalších odborníků je indikována dle rozsahu a druhu poškození organismu dítěte (asistence nutričních terapeutů, logopedů, fyzioterapeutů) a dle sociální situace dítěte (konzultace s pedagogy, intervence sociálních pracovníků, edukace se zaměřením na prevenci).
- **Střednědobá léčba:** diagnóza CAN je dokončována na základě podrobných vyšetření nejrůznějšího druhu, jejich shrnutí a zhodnocení včetně znaleckých posudků vyžádaných vyšetřovatelem nebo soudcem. Pokračuje se v zahájené terapii dle již stanoveného komplexního léčebného plánu. Závažným problémem je nezpůsobit aktivitami další újmy dítěti (sekundární viktimizace), které přicházejí při kriminalizaci případu.
- **Dlouhodobá léčba:** zahrnuje komplexní interdisciplinární aktivity ve prospěch dítěte, které mají odstranit nebo alespoň zmírnit všechny újmy a škody, způsobené dítěti (terapie, rehabilitace, náhradní rodinná péče) (Dunovský, 1999; Goldmann, Cichá, 2006).

Ohroženému nebo již jakkoliv postiženému dítěti je nutné zajistit komplexní profesionální péči bez ohledu na to, zda je hrazena ze státních či soukromých prostředků. Péče musí vzájemně navazovat a prolínat se (Sedlářová, 2008).

3 PSYCHOLOGICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Dle Brierea a Scotta (2006) je v kontaktu s dítětem vždy nutné odpovědět na základní otázky: Je dítě v akutním ohrožení života? Je orientované v situaci? Komunikuje (nezpůsobilost může být zapříčiněná psychickým šokem)? Projevuje suicidální tendence? Je nebezpečí dalšího nevhodného chování vůči dítěti ze strany pečujícího? Pokud jsou odpovědi kladné, je nutné ve spolupráci s dalšími odpovědnými orgány zajistit, mimo lékařské péče, psychologickou a další pomoc (Matoušek, Pazlarová, 2010). **Smyslem krizové intervence ve specializovaných zařízeních** (dětská oddělení, krizová centra) **je stabilizace stavu dítěte a maximální redukce ohrožení** v době, kdy je jeho vnímání a prožívání do značné míry ovlivněno. Jelikož teorie krize a psychického traumatu považuje „nenormální“ projevy lidských jedinců za „normální reakci na nenormální situaci“, **poskytnutí psychologické pomoci a eliminace příznaků** zabraňuje dalšímu rozvoji dezorganizace. Krátkodobý pobyt umožňuje posun v prožívání oběti, a to i tehdy, jde-li o dítě s psychózou, které je vlivem krizové situace vychýleno z běžné rovnováhy. Včasná hospitalizace funguje jako prevence propadu do duševního onemocnění nebo psychické poruchy (Vodáčková, 2002; Baštecká, Goldmann, 2005; Špatenková, 2010).

Psychologická péče má souvislost se specifiky **viktimologické intervence**. Násilí je událost, která se vymyká zátěži, na níž je dětská psychika vystavěna – poškozuje psychickou integritu, mění životní situaci a způsob, jakým dítě prožívá vztahy s druhými lidmi, vztah k vlastnímu tělu a fyzické existenci, vnímání vlastních možností ovlivňovat a kontrolovat svůj život. Opětovné navrácení se ke krizové události je u obětí násilných činů základním terapeutickým prostředkem. Počáteční vyhýbání se myšlenkám vztahujícím se k trestnému činu (fáze popření) představuje určitý oddechový čas, ve kterém oběť vstřebává intenzivní dopad násilného aktu na své tělo a psychiku. Pokračující úporná snaha vyhnout se vzpomínkám na trauma může blokovat ozdravné pochody, je signálem závažnosti stavu. Jestliže nejsou psychická zranění včas a správně ošetřena, u dítěte vznikají psychosomatická onemocnění a sociální potíže různého charakteru. Důležitou roli hraje doba těsně po kritické události, jelikož právě v tomto čase je oběť značně sugestibilní (příliš přístupná vnějším vlivům), a současně velmi fragilní. To je také důvod, proč se v poslední době intenzivně rozvíjí **psychologie neodkladné/první péče**. Rozlišovány jsou dvě oblasti:

- **Psychologická první pomoc** probíhá přímo bezprostředně po zjištění násilí a poskytují ji přivolání psychologové, eventuálně ostatní profesionálové na místě (lékaři, policisté, sociální pracovníci a další členové záchranných složek).
- **Terapie akutního traumatu** je již záležitostí specialistů (psychologů, psychoterapeutů), probíhá v průběhu několika dnů po incidentu či v průběhu několika navazujících týdnů. V obou případech se sledují stejné cíle – směřují k psychické stabilizaci, zmírňování stresového stavu a příznaků. Je usilováno o nastartování přirozených pochodů zpracování zážitku a povzbuzení vlastních sil oběti (Čírtková, 1998, 2004, 2007). Význam psychologické intervence nespočívá pouze v jejím účinku na bezprostřední potíže. Efektivní psychologická pomoc rovněž snižuje pravděpodobnost vztahových problémů v dospělosti a do budoucna snižuje riziko násilného chování vůči vlastním dětem (Elliot, Place, 2002).

3.1 Psychický stav dítěte za hospitalizace

Každé nepřipravené vytržení z domova je pro dítě dalším narušením celé složité soustavy vztahů s rodiči, sourozenci, příbuznými, vrstevníky a značnou zátěží pro celý organismus. O účinku **separace** rozhoduje na prvním místě věk dítěte. Sama o sobě není patogenním činitelem, nebezpečná je tehdy, je-li předčasná. Dítě předškolního věku, které je na týrajících rodičích silně závislé a pro osamostatňování nezralé, může odloučením těžce strádat. Nutné je brát v úvahu i samotnou formu separace. Ta může být **náhlá i postupná, úplná i částečná, krátkodobá i dlouhodobá**. Dítě může být předchozí separací připravenější, zkušenější, odolnější vůči separaci příští – může se však také v důsledku jedné špatně prožité (nezpracované) separační zkušenosti stát citlivějším vůči škodlivým vlivům separací pozdějších. V celém tomto ději má zásadní význam přístup ošetřujícího personálu a kvalita ošetrovatelské péče, které se dítěti v době separace dostává (Plevová, Slowik, 2010). Reakce dítěte probíhá zpravidla ve třech stadiích, které mohou mít různě dlouhé trvání:

- **fáze protestní** - dítě je neklidné, pláče, volá matku, jiné dospělé odmítá. V této fázi může vydržet několik dnů, až do vyčerpání. Pokud se podaří dítě zklidnit, nastává adaptace. V případě neúspěchu a negativního přístupu následuje přechod do další fáze.
- **fáze zoufalství** - dítě ztrácí naději, že matku přivolá, oplakává ji, že jej opustila. Někdy se v psychickém a fyzickém vyčerpání uzavírá, je pasivní, tiché, depresivní. Neprofesi-

onál může považovat tento stav za adaptaci. Pokud dítěti není poskytnuta podpora náhradní pečující osobou, pocity opuštěnosti narůstají a následuje přechod do další fáze.

- **fáze odpoutávání od matky** - dítě potlačuje své city k matce, upoutává se na toho, kdo je ošetřuje, s nikým jiným nekomunikuje, nepláče po návštěvách, k matce se chová lhostejně. Po návratu domů se prohlubují psychické poruchy (noční děsy, nespavost, enuréza, úzkost ve vztahu k rodičům). Při dlouhodobém odloučení, není-li v dosahu náhradní pečující osoba, ztrácí dítě vztah k lidem a upoutává se na věc/předmět, například hračku (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

3.1.1 Sledované aspekty vývoje dítěte

Projevy traumatizovaných dětí mohou být okolím často vnímány jako opozičnictví nebo nesrozumitelné bizarnosti. To může vést k nesprávnému vyhodnocení situace. Jelikož **aktuální duševní stav** může průběh a výsledky hodnocení výrazně ovlivnit, nemělo by se nikdy opírat o projevy dítěte, které jsou důsledkem afektu, zablokované schopnosti komunikovat nebo stavu, v nichž ohrožuje sebe (suicidium) nebo své okolí (agrese). V těchto případech je nezbytné zajistit dítěti základní bezpečnost a komplexní hodnocení odložit (Matoušek, Pazlarová, 2010). Za hospitalizace existuje řada nástrojů k hodnocení specifických aspektů vývoje dítěte zasaženého CAN, s nimiž pracují **specialisté/dětsí psychologové**, kteří výsledky svého vyšetření poskytují dalším zainteresovaným odborníkům. Od profesionála, jenž není specializován na hodnocení vývojové úrovně dítěte, lze žádat schopnost adekvátně použít specialistovy výsledky při komplexním popisu situace dítěte. Základními prostředky vyšetření jsou: **pozorování, diagnostický rozhovor, analýza dokumentace** (zdroje informací, například škola), **specifické techniky - kreslení, užití videozáznamu a další psychologické metody, zaměřené na vyšetření inteligence, osobnosti, rodinných vztahů dítěte a eventuální míru emočního poškození** (Matoušek, Pazlarová, 2010). Nedílnou součástí vyšetření jsou **speciální anatomicky přesné loutky (Jája a Pája)**, využívané též u výsledků dětí především v souvislosti s trestnou činností mravnostního charakteru. Prostřednictvím spontánní hry s loutkami dítě lépe navazuje osobní kontakt s psychologem (nebo jiným odborníkem), snadněji dokáže popsat nepříjemné události a překonává ostych. Loutky jsou využívány zejména v případech, kdy vysvětlení podává dítě, neschopné s ohledem na svůj nízký věk nebo mentální indispozici slovně vyjádřit a popsat skutkový děj deliktu.

- **Kognitivní vývoj**

Psychologické testy umožňují u větších dětí hodnotit jednotlivé **složky inteligence**. Výsledkem testování je **odhad celkové úrovně kognitivních schopností** vyjádřený jako nadprůměr, pásmo širšího průměru, pásmo podprůměru s možností být vzděláván v běžné škole, pásmo lehké mentální retardace, deficit vyžadující zvláštní vzdělávání. Porovnání schopností verbálních/neverbálních je ukazatelem při diagnostikování vývojových poruch.

- **Osobnostní vývoj**

Jde o osobnostní charakteristiky dítěte a konstituční **temperamentové vlastnosti**, které prokazují, proč na tutéž nepříznivou situaci reagují jednotlivé děti tak rozdílně – od sotva znatelné změny chování až po zcela nepřiměřené, těžko zvládnutelné projevy. Temperament, který ovlivňuje sílu a délku reakcí na podněty, je podmíněn vlastnostmi nervové soustavy a projevuje se od narození. Extrémně vzrušiví kojenci hůře spí, častěji pláčou, obtížně se utiší, což jsou situace pro rodiče zátěžové a pro dítě potenciálně rizikové. Naopak dětem málo vzrušivým se dostává od rodičů méně podnětů než by potřebovaly, protože spontánně pozornost nevyžadují. U starších dětí se projevy adekvátně k věku proměňují, ale základní nastavení temperamentu zůstává. Mezi další faktory patří **celkové emoční ladění** (trvalá nálada, její dlouhodobé změny, prožívání a délka citových reakcí, jejich intenzita a situační přiměřenost), **sebehodnocení** dítěte, **hodnocení morálního vývoje**.

- **Sociální vývoj**

Posouzení rodinného zázemí je povinnou součástí vyšetření. Narušené rodinné vztahy souvisí s nedostatečnou péčí o dítě a představují závažné patologické a neurotizující činitele. Platí, že čím je dítě mladší a tedy na vlastní rodině závislejší, tím je doplnění vyšetření o diagnostickou práci s celým rodinným systémem důležitější. Zkoumána je **kvalita vztahu s rodiči: povaha primární vazby** (biologičtí/náhradní rodiče/jiní pečovatelé); **varianty vazby**: jistá/nejistá (podtypy nejisté vazby: střídání zájmu a nezájmu, odmítavá, úzkostné lpění); **kvalita rodinného prostředí**: míra pozitivního zájmu rodičů o dítě (úzce souvisí s kvalitou emočního prožívání dítěte); **kvalita vztahu se sourozenci** (má/nemá sourozence; pozitivní/konfliktní vztah; co případné konflikty vyvolává); **kvalita vztahu se členy širší rodiny** (rozvoj mezilidských vztahů, existence jiné silnější vazby); zaměstnání dospělých členů rodiny a jeho perspektiva, bytová a ekonomická situace rodiny; **instituce a pracovníci aktuálně angažovaní v záležitostech dítěte** (ústavní péče dítěte/sourozenců) (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Čírtková, 2007; Matoušek, Pazlarová, 2010; Plevová, Slowik, 2010). V běžné psychologické praxi jsou údaje o charakteristikách rodinného sys-

tému zjišťované při individuální diagnostice doplňovány údaji od členů rodiny, kteří s dítětem přicházejí k vyšetření. Jde o **údaje o rodinné struktuře a organizaci rodiny**: složení rodiny, dílčí subsystemy rodiny a jejich hranice (subsystem rodičovský, manželský, sourozenecký); koalice (matka s dítětem v koalici proti otci aj.); role; pevnost a propustnost hranic subsystemu i celého rodinného systému vůči okolí; **údaje o kvalitě rodinné komunikace/interakce** (jasnost a zřetelnost komunikace, otevřenost, rodinná tabu, způsoby vyjadřování emocí, vyváženost); **hodnocení rodinného klimatu** (rodinná koheze, emoční opora, konfliktnost/emoční vřelost); **údaje o kvalitě a intenzitě jednotlivých dyadických vztahů**; **vývojové aspekty**: stadium vývoje rodiny (expanze, rozrůstání rodiny/disperze v době postupného odchodu dětí z rodiny); **schopnost změny při přechodu do dalších vývojových etap** (přiměřenost míry autonomie dětí dané vývojové fázi/nadměrná závislost); **údaje o flexibilitě rodinného systému** (v reakci na zátěže a životní události); **rodinné hodnoty, cíle a mýty**; **funkčnost rodiny** (kvalita plnění základních funkcí - reprodukční, socializační, seberealizační, emočně stabilizační (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001).

3.1.2 Specifika komunikace u syndromu CAN

Na úspěchu léčebně-terapeutické péče za hospitalizace se významně podílí **komunikace**. **Dítě je tvor sociální, má potřebu akceptace – jeho potřeba komunikovat je integrována v systému biologických i psychosociálních potřeb**. V komunikačních schopnostech a dovednostech lze zaznamenat velký rozdíl mezi dětmi, které již chodí do školy, u dětí v předškolním věku, nebo u dětí na konci batolecího období (Hanušová, 2006). Děti vyrůstající v prostředí bohatém na podněty se naučí mluvit přibližně kolem jednoho roku, v prostředí s menším počtem verbálních interakcí mluví kolem dvou let, někdy i později. Navázání a udržování sociálního kontaktu za hospitalizace vede k subjektivnímu přiblížení a zmírňování negativních emocí, především však poskytuje oporu. **Věk a řečové predispozice dítěte (jazykové dovednosti/specifický komunikační styl)**, jsou determinanty, které prvotně určují charakter komunikace. Mimo znalosti vývojových charakteristik jednotlivých věkových období je třeba znát další zvláštnosti a okolnosti, které komunikaci s dětským pacientem v krizi modifikují, případně podporují nebo omezují. V reakcích jednotlivých dětí existují individuální rozdíly. Při přizpůsobování se nemocničnímu režimu, navazování vztahů s personálem a dětskými spolupacienty záleží na schopnostech a míře adaptability, která je dítěti vlastní. Nemocniční prostředí je zařízeno účelově - má usnadnit ošetřování dítěte a provádění léčebných zákroků. Takové prostředí ovšem může být znatel-

ně chudší na podněty a na vývojovou stimulaci než prostředí rodinné. V ideálním případě by mělo být dítě udržováno za hospitalizace v pocitu bezpečí a klidu, přičemž by měl být dodržován slovní kontakt. Například Kristová (2004, In Sedlářová, 2008) uvádí **základní činnosti zdravotníků, které je nezbytné dodržovat již při příjmu dítěte k hospitalizaci:**

- Samozřejmostí je dítě pozdravit a představit se mu. Dítě je vhodně oslovováno (po předcházející otázce, jak jej oslovují ostatní a jak by si přálo, aby bylo oslovováno). Komunikace je v první linii orientována na dítě, až ve druhé na doprovázející osobu.
- Dítěti je provedeno po oddělení a je mu ukázán: pokoj, vyšetřovna, jídelna, herna, hračky, knihy. Je představeno ostatním dětem na pokoji a děti jemu.
- Je vhodné povyprávět o lidech v nemocnici – lékařích, sestrách, učitelkách, nových kamarádech a současně poskytnout prostor na otázky, které by měly být trpělivě zodpovězeny. Dětem školního věku lze individuálně vysvětlit důvody hospitalizace důkladněji a rozumově. I pro předškolní děti je možné najít způsob, jak vysvětlit nutnost dočasného pobytu v nemocnici klidně a srozumitelně.
- Neverbální složka komunikace nabývá na významu zejména u menších dětí (novorozenců, kojenců, batolat), dětí s mentálním postižením, těžkým somatickým/psychickým traumatem. Děti snadno uplatňují mechanismus projekce a své vlastní prožitky/stavy promítají do oblíbené hračky - kontakt lze navázat jejím prostřednictvím. Mluvené slovo může být doplněno obrázkem, což umožňuje pochopení neznámých slov a situací (Plevová, 1997; Sedlářová, 2008; Zacharová, 2008; Plevová, Slowik, 2010).

Zdravotníci, kteří jsou s dítětem v každodenním bezprostředním kontaktu, sehrávají mimořádně důležitou úlohu. Především **zdravotní sestry** mají často roli koordinátorek herních aktivit přizpůsobených adekvátně zdravotnímu stavu a momentálním schopnostem dítěte, podle možností se podílejí na hře dětí. Na mnohých pracovištích je dětem umožněno být v kontaktu s **pedagogy MŠ/ZŠ** a **herními terapeuty**. Není-li dítě v rámci terapie a rehabilitace dostatečně stimulováno k adekvátní aktivitě, stane se velmi rychle apatickým a závislým. V rámci možností dítěte jde především o snahu směřovanou k plnému využití pozitivních faktorů ovlivňujících terapeutický proces. Uvedené aspekty péče jsou nutným předpokladem pro **naplňování Charty práv hospitalizovaných dětí**, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 v holandském Leidenu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Zacharová, 2008).

3.2 Psychosociální aspekty syndromu CAN

Malé dítě nemůže nijak zásadně ovlivňovat psychopatologii a traumatizující chování rodičů. Rizikovou situací je pro ně soužití s rodiči (eventuálně jinými primárními vychovateli), jejichž jednání a uvažování se vymyká normě. Dítě je v důsledku změněné psychiky svých pečovatелů týráno a současně přebírá od svých patologicky se chovajících rodičů nesprávné životní postoje vůči sobě samému i vůči ostatním lidem, zkreslený pohled na svět a vzorce chování, které je připravují v dalším životě k vlastnímu selhávání v zátěžových životních situacích. Jelikož chování pečovatелů se může zdát druhým lidem rozumné a přiměřené, jsou takto týrané děti zataženy do složité sítě vnitrorodinných vztahů a vystaveny celé řadě životních situací, které ať chtějí nebo nechtějí, musí ve své závislosti na rodičích prožít (Dunovský, 1995, 1999). Chování týraných dětí připomíná **dle teorie J. Bowlbyho a M. Ainsworthové** (1966, 1969/1982) popis dětí s **vazbou nejistou/úzkostnou–vyhýbavou (insecure/avoidant attachment)**, kdy důsledkem neuspokojivé, patologické kvality interakce, nedostatečného množství podnětů (bez separace) a případného přerušení vztahu, nastává deprivace. Teorii potvrdili na základě longitudinálních studií i významní čeští klasické deprivacních studií **psychologové J. Langmeier a Z. Matějček** (1974) (Pöthe, 2001).

Přístupy k práci s dětmi trpícími deprivací shrnul Bowlby následujícím způsobem: Zotavení z jednorázové, krátké deprivacní situace je poměrně rychlé, zůstává určitá citlivost vůči podobným situacím do budoucna. Následky dlouhodobější deprivace v kojeneckém věku (do 12 měsíců) mohou být překonány poměrně rychle, zejména v oblasti psychosociálního vývoje a řeči, přetrvávat mohou některé následky v oblasti intelektového vývoje. Dlouhodobá deprivace až do tří let věku dítěte mívá dlouhodobé následky, z nichž se dítě obtížně zotaví. Deprivace v průběhu druhého roku mívá dlouhodobé následky na osobnostní vývoj dítěte, zpomalení intelektového vývoje však bývá vratné. Vliv věku dítěte na vratnost následků deprivace je nezpochybnitelný. Pokud deprivace proběhne ve věku do jednoho roku dítěte, je větší šance na zotavení. Pokud deprivace postihne starší děti, bývají následky závažnější (trvalá poškození v oblasti řeči, abstraktního myšlení, schopnosti navazovat trvalé vztahy). U malých dětí je možné intenzivní terapeutickou prací dosáhnout velkého zlepšení také v rezistentních oblastech. Pokračující zkušenosti s pokřivenými nebo přerušovanými vztahy prohlubují poškození, jež by jinak mohla být více či méně zacelena. Chování rodiče, neberoucí ohledy na potřeby dítěte, jeho aktuální stav a situační kontext, vyvolá nevyhnutelně u dítěte rozladění, jež může mít charakter hyperaktivace nebo útlumu. Tako-

vá reakce dítěte může posilovat neadekvátní, hostilní jednání rodiče a vést zpětně k násilnému chování vůči dítěti a jiným formám špatného zacházení (Říčan, Krejčířová, 2006; Matoušek, Pazlarová, 2010).

3.2.1 Posttraumatická stresová porucha/post-traumatic stress disorder (PTSD)

U některých dětí vede traumatický zážitek, mnohdy spojený s pocitem ohrožení života, k rozvoji posttraumatické stresové poruchy. Základní reakcí je neustálé připomínání si události vryté do paměti prostřednictvím záblesků vzpomínek (flash-backs), vyvolaných okolnostmi, které ji připomínají, a to spontánně, během hry, ve snech. Ve snaze překonat tyto zážitky se oběť snaží vyhnout všemu, co událost může připomenout, tedy místům, lidem a situacím, vyvolávajícím vzpomínky. Jinou formou je posttraumatická disociativní amnézie (relativně častá především v případech těžkých nebo protrahovaných traumat, např. u menších dětí sexuálně zneužívaných), která vymaže traumatický zážitek a vytvoří v mysli a paměti člověka „díru“ (Bentovim, 1998). Některé děti traumatickou událost nejsou schopny zpracovat - uzdravení a uzavření může být vědomě či nevědomě pouze předstírané nebo povrchní. Tak se někdy připraví terén pro odloženou traumatickou reakci. Rozhodující je, zda dítě v posttraumatických reakcích a jevech uvízne nebo jestli událost postupně přijme do svého života (Baštecká, Goldmann, 2005).

K adaptačním poruchám vedou události, které nemohou být řešeny obvyklými způsoby vyrovnávání a zvládání problémů – přesahují v dané chvíli adaptační možnosti dítěte. Diagnosticky je důležité odlišení od vlastních neurotických poruch, kdy klinický obraz bývá analogický – odlišná je však prognóza i terapeutické přístupy. Mezi příznaky patří: emoční poruchy (úleková reakce, otupění, pocity viny nebo vzteku na druhé, zúžení emocí), depresivní a somatizační symptomy, poruchy chování (včetně značně rizikového chování), regresivní projevy (reaktivace separační úzkosti, ztráta samostatnosti a iniciativy, ale i některých naučených dovedností). Adaptační poruchy se často projevují potížemi v učení (v důsledku poruch soustředění), poruchami sociálních vztahů, ztrátou zájmu o hru a sociální kontakt. Intenzifikace separační úzkosti (nadměrná ostražitost, zvýšená dráždivost a ambivalentní přístup k lidem a předmětům) je častá zejména u menších dětí. Při vyšetření sedí starší kojeneček s ručkama zvednutýma v „obranném postoji“ k ramenům, lákavou hračku zvedne až po dlouhém pobízení opatrně a nejistě, hned ji zase pouští. V batolecím věku tyto děti méně často hovoří samy k sobě, chybí jim sebedůvěra, špatně rozlišují pocity druhých a nedostatečně vyjadřují i své vlastní emoce. Okolo 2-3 let věku dítěte je již možné

pozorovat charakteristické vzorce chování. Přibližně ¼ týraných a deprivovaných dětí je naopak otevřeně agresivní nebo pasivní s náhlými projevy agresivity ve specifických situacích. Ostatní děti jsou popisovány jako pasivní až apatické, nedovedou se radovat z činnosti, jsou celkově inhibované, nevyjadřují nespokojenost ani bolest (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Langmeier, Krejčířová, 2008).

3.2.2 Resilience/psychological hardiness

Část v dětství týrané nebo zneužívané populace se s touto zátěží vypořádává poměrně úspěšně a v dospělosti není výrazně obtížena. Ochranné činitele se nacházejí dle Wenera (1997) **v dítěti samotném:** osobnost, temperament, inteligence, otevřenost, svébytnost, schopnost požádat o pomoc; **v rodině a širším společenství:** možnost nalézt citově stálou osobu a vytvořit s ní vztah, možnost obracet se pro oporu a radu ke svým vrstevníkům a blízkým lidem (Baštecká, 2003).

Krátkodobé reakce i dlouhodobé následky traumatizujících událostí a životních podmínek jsou velmi heterogenní a závisí na řadě dalších faktorů: **Povaha a okolnosti události samé:** to, jak ji dítě vnímá, kognitivně a emočně hodnotí, délka trvání stresu (chronické zátěže, opakovaná traumata), důsledky pro další život dítěte (události vedoucí k dramatickým změnám celého dalšího života), míra přímého ohrožení dítěte, **věk**, v němž se událost stala, **vývojová úroveň dítěte, individuální zranitelnost** nebo **nezdolnost** (psychological hardiness), **kvalita zázemí**. Velká pozornost je dnes věnována zejména **individuálním způsobům zvládnání (coping) zátěží**. Při aktivních strategiích vynakládá dítě úsilí na řešení problému a překonání krize, hledá příležitosti k emočnímu uvolnění. Vyhýbavé strategie jsou naopak zaměřeny na minimalizaci „emočního vstupu“, jejich hlavním účelem je chránit dítě před emočním přetížením a selháním. Obvykle je lepší adaptace nacházena spíše u dětí, které spoléhají především na strategie aktivní. Neplatí to však zcela jednoznačně, u skupiny dětí sexuálně zneužitých byly vyhýbavé strategie (dítě si přeje, aby k události nikdy nedošlo a zaměřuje se na snahu zapomenout) spojeny s lepším celkovým fungováním dítěte v rodině. V některých případech může být použití vyhýbavé strategie alespoň krátkodobě výhodné - snižuje akutní stres dítěte, avšak její trvalé užívání naopak v dlouhodobé perspektivě vede k adaptačním potížím. Flexibilní užívání obou strategií umožňuje integraci stresových událostí a má vztah k celkové pohodě dítěte (Svoboda, Krejčířová, Vágnerová, 2001; Vodáčková, 2002).

4 SOCIÁLNÍ A TRESTNĚ-PRÁVNÍ INTERVENCE

Trvalým předpokladem pro úspěšné dokončení KI je společný kontakt, nejlépe vyjádřený společnými pracovními schůzkami a konzultacemi s profesionály všech zainteresovaných oborů, kteří se na případu podílejí a s nimiž se bude dítě v průběhu terapeutického procesu setkávat. Těmito odborníky rozumíme především pediatry, psychology, dětské/dorostové psychiatry, sociální pracovníky OSPOD, zdravotně-sociální pracovníky, vyšetřovatele Policie ČR, právníky (v ideálním případě soudce). Společně vedené konzultace mezi těmito pracovníky jsou mimořádně důležité. Formy intervence a zákroků mohou být různé, ale vždy by mělo platit, že právní, podpůrné a terapeutické aspekty musí do sebe organicky zapadat a nesmí postupovat nezávisle na sobě či dokonce proti sobě. Dlouhodobé zkušenosti v ČR a zahraničí ukazují, že v případě nedostatečné vzájemné komunikace při řešení krizových situací může docházet k velkým nedorozuměním mezi účastníky. To může vést i k tomu, že jednotlivé profese nebo instituce proti sobě spíše bojují, než aby v zájmu dítěte spolupracovaly. Tento stav nedorozumění může působit z hlediska dlouhodobé péče o postižené dítě katastrofálně a vzhledem k porušené orientaci dítěte ve světě dospělých může vést k tomu, že tato narušená orientace se může stát osobnostní poruchou (viz. Sekundární viktimizace). Platí zde, že právní, protektivní a terapeutické aspekty musí do sebe zapadat, aby se jejich efekt potencoval a nepůsobil naopak antagonisticky (Dunovský, 1995, 1999). (Dunovský, 1995, 1999). V práci s krizovými stavy by měli mít krizoví pracovníci za sebou **zázemia týmu, který vytváří důležitou základnu pro bezpečí pracovníků i klientů** a zprostředkovává celistvost bio-psycho-sociálně-duchovního pole (Vodáčková, 2002).

4.1 Hlavní aktéři sociální a trestně-právní intervence

4.1.1 Aktéři v oblasti bezpečnosti a ochrany

Policie České republiky (PČR) – působnost směřuje do oblasti odhalování, vyšetřování a objasňování trestné činnosti spáchané na dětech a protiprávního jednání páchaného dětmi. Současně je směřována i do oblasti prevence kriminality a sociálně-patologických jevů, tedy předcházení trestné činnosti. V souvislosti s účinností zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, byli v rámci krajských ředitelství PČR a útvarů zřízených v rámci krajského ředitelství včetně územních odborů vyčleněni **specialisté zařazení u Služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV)**. Specialisté spolupracují s dalšími or-

organizacemi působícími v oblasti péče o děti (probační, výchovné, charitativní, vzdělávací, zájmové). Prochází odborným školením pořádaným Policejním prezidiem a získávají certifikát, opravňující k práci s dětmi. Proškolení bylo rozšířeno o využívání speciálních výslechových místností a výcvik vedení výslechu dětí v těchto místnostech. Systém práce a postupy v oblasti preventivně výchovného působení na děti a mládež a v oblasti odhalování a dokumentování kriminality dětí a trestné činnosti páchané na mládeži upravuje, v návaznosti na zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, Závazný pokyn Policejního prezidenta č. 8/2002. Detailně upravuje spolupráci PČR s OSPOD a se školami (Zdroj: Phare, 2008; www.mvcr.cz).

4.1.2 Aktéři v sociálně-právní ochraně dětí

V sociální oblasti je výkon péče o ohrožené děti zajišťován kombinací aktivit státní správy a samosprávy, která působí jednak samostatně, jednak v přenesené působnosti.

Orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) – jeho úloha spočívá především ve vyhledávání a vedení evidence dětí a rodin, kde existuje reálné nebezpečí ohrožení zdraví, života či vývoje dítěte a v neposlední řadě v poskytnutí okamžité pomoci ohroženým dětem. Zabezpečuje ochranu práva dítěte na příznivý vývoj, řádnou výchovu a ochranu oprávněných zájmů dítěte.

Obecní úřad v přenesené působnosti:

- je povinen dle § 10 odst. 1 zákona o SPO působit na rodiče, aby plnili povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti; projednat s rodiči odstranění nedostatků ve výchově dítěte; sledovat, zda je na základě kontrolních oprávnění zamezováno v přístupu dětí do prostředí, které je z hlediska jejich vývoje a výchovy ohrožující; oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6 odst. 1 zákona o SPO.
- rozhoduje dle § 13 odst. 1 zákona o SPO o opatřeních podle § 43 zákona o rodině (napomenutí, dohled, omezení), pokud tak neučinil soud, opis rozhodnutí zasílá obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností.
- sleduje dle § 13 odst. 2 zákona o SPO, zda jsou dodržována opatření, o nichž rozhodl; zda jsou dodržována opatření učiněná soudem, jestliže jej soud o to požádá.

- podává podněty soudu dle § 14 odst. 3 zákona o SPO k opatřením týkajícím se výchovy dětí, o podání podnětu soudu neprodleně uvědomí obecní úřad obce s rozšířenou působností; vede spisovou dokumentaci dle § 54–57 zákona o SPO.

Obecní úřad obce s rozšířenou působností:

- je povinen zajišťovat preventivní činnost dle § 10 odst. 3 zákona o SPO, tzn. sledovat nepříznivé vlivy působící na děti a zjišťovat příčiny jejich vzniku; činit opatření k omezování působení nepříznivých vlivů na děti.
- činí opatření na ochranu dětí dle § 14, 16, 17 zákona o SPO
- podává návrhy soudu: na rozhodnutí o splnění podmínky osvojení spočívající v tom, že rodiče neprojevují zájem o své dítě; na omezení nebo zbavení rodičovské zodpovědnosti nebo pozastavení jejího výkonu; na nařízení ústavní výchovy; na prodloužení nebo zrušení ústavní výchovy; na svěření dítěte do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, na prodloužení doby trvání tohoto svěření a na zrušení rozhodnutí o svěření dítěte do tohoto zařízení; na vydání předběžného opatření u dítěte, jež se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy či narušeny; vykonává funkci opatrovníka a poručníka;
- činí neodkladné úkony v zájmu dítěte a v jeho zastoupení v době, kdy není dítěti ustanoven poručník nebo dokud se neujme své funkce.

Pracovníci OSPOD jsou povinni překaziti páčání trestného činu a oznamovat orgánům činným v trestním řízení skutečnosti nasvědčující tomu, že byl spáchán na dítěti trestný čin nebo že dítě bylo použito ke spáchání trestného činu. OSPOD je povinen poskytnout orgánu činnému v trestním řízení na jeho žádost údaje potřebné pro trestní řízení, a to v rozsahu odpovídajícím potřebám řízení před těmito orgány. Toto ustanovení je příkladem průlomu povinné mlčenlivosti pracovníků OSPOD. Jedná se o případy taxativně vymezené v ustanovení §51 zákona o SPO, kdy zákon ukládá povinnost sdělit údaje některým subjektům, které je potřebují k plnění svých důležitých úkolů.

Komise pro sociálně-právní ochranu dětí – má za úkol koordinovat výkon sociálně-právní ochrany dětí na území obce s rozšířenou působností, navrhopvat a posuzovat sociálně preventivní programy či posuzovat jednotlivé případy a vydávat k nim stanoviska.

Organizace a zařízení pověřené výkonem sociálně-právní ochrany dětí – SPO mohou vykonávat také pověřené osoby a to na základě pověření s předem určeným rozsahem. Jedná se zejména o nestátní neziskové organizace, které mohou poskytovat především pre-

ventivní a poradenskou činnost a které jsou pověřeny zřizovat zařízení SPO. Jde o zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, zařízení odborného poradenství pro péči o děti, zařízení sociálně výchovné činnosti, zařízení pro výkon pěstounské péče (Zdroj: www.mpsv.cz; www.mvcr.cz; Phare, 2008).

4.1.3 Aktéři v oblasti justice

Státní zastupitelství je soustava úřadů, určených k zastupování státu při ochraně veřejného zájmu. Plní zejména roli orgánu veřejné žaloby v trestním řízení. Spolupodílí se na prevenci kriminality a na poskytování pomoci obětem trestných činů. Současně vykonává dozor v místech, kde je vykonávána ústavní nebo ochranná výchova a trest odnětí svobody. Je oprávněn vstupovat do zařízení, nahlížet do povinné dokumentace, hovořit s dětmi a mladistvými a podávat soudu návrhy na zrušení ústavní nebo ochranné výchovy a nařizovat bezodkladné propuštění nezákonného umístění dítěte.

Soudy vykonávají soudní moc a realizují právo na soudní ochranu, zakotvené v Listině základních práv a svobod. Projednávají a rozhodují spory a jiné záležitosti, které patří do pravomoci soudu dle zákonů o občanském soudním řízení. Projednávají a rozhodují trestní věci patřící do pravomoci soudu dle zákona o trestním řízení (Phare, 2008).

Probační a mediální služba ČR je důležitým partnerem v rámci systému péče o ohrožené děti. Věnuje se zejména Integraci pachatele – usiluje o začlenění obviněného resp. pachatele do života společnosti bez dalšího porušování zákonů. Služba přispívá k ochraně společnosti účinným řešením konfliktních a rizikových stavů spojených s trestním řízením a efektivním zajištěním realizace uložených alternativních trestů a opatření.

4.2 Opatření krizového týmu na pomoc dítěti

Opatření na ochranu dětí v případech vážného ohrožení upravuje **zákon 359/1999, o SPO**, ve znění pozdějších předpisů a další právní předpisy, zejména občanský soudní řád. **Zákon o SPO v §15** ukládá obecnímu úřadu povinnost zajistit neodkladnou pomoc dítěti, které se ocitlo bez péče přiměřené jeho věku, a to zejména v důsledku úmrtí rodičů nebo jejich pobytu ve zdravotnickém zařízení, což nevylučuje povinnost obecního úřadu postarat se o dítě týrané, zneužívané či zanedbávané, které se ocitlo bez péče. O uvedeném opatření obecní úřad neprodleně uvědomí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který posoudí,

zda je potřebné učinit další opatření směřující k ochraně dítěte. V první řadě je vždy hledána cesta krátkodobé pomoci v rámci širší rodiny nebo v okruhu osob dítěti blízkých, tak aby změna výchovného prostředí byla pro dítě co nejpřirozenější.

Existuje-li podezření na spáchání násilí na dítěti, je za všech okolností nutné postupovat tak, aby na jedné straně nedošlo k bagatelizaci určitých signálů, ale na druhé straně, aby nebyly vyvozovány příliš ukvapené/nesprávné závěry. Rychlé psychologické diagnostické strategie a metody k odhalení neexistují – jde o příliš nejednoznačně diagnostikovatelný a obtížně prokazatelný problém. Obvyklá a zcela typická je v těchto situacích **neochota dětí spolupracovat a o prožité zkušenosti hovořit**. V této fázi krizové intervence ovlivňuje další postupy:

- **forma a doba trvání týrání, zneužívání nebo zanedbávání**
- **kdy/v jaké části procesu násilí/zanedbávání bylo vyjádřeno podezření na CAN**
- **skutečnost, zda pečující a trýznitel jsou táž osoba**
- **skutečnost, zda je týrajícím/zneužívajícím příbuzný nebo jde o cizího člověka**
- **které instituce a odborníci se budou podílet na vedení konkrétního případu** (Špatenková, 2010).

Zásah interdisciplinárního týmu umožňuje vyjmutí dítěte z traumatizujícího prostředí a jeho další život:

- **v péči jiného rodinného příslušníka**
- **v „nové“ rodině, prostřednictvím některé z forem náhradní rodinné péče**
- **v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (přechodné řešení)**
- **v biologické rodině za určitých podmínek, nezbytného dohledu a poradenské péče**

V rámci právního řádu garantuje v krajních případech ochranu dítěte a spravedlivé potrestání pachatele **trestní právo (trestní zákon č. 140/1961 Sb.)**. Pozornost je soustředěna především na:

- **ochranu dětí před neplněním povinností rodičů** - záměrem legislativy je postihnout určitý druh pasivity těch, kteří mají ze zákona povinnost o dítě pečovat a kteří je opustí nebo neplní zákonnou vyživovací povinnost a vystaví je nouzi nebo jiným závažným následkům, jako je újma na zdraví až smrt (§ 212, 213)
- **ochranu dětí proti různým formám a intenzitě agresivního jednání** – jde o speciální trestné činy, zejména týrání svěřené osoby (§ 215), dále únos (§ 216) a trestný čin vraždy a vraždy novorozeného dítěte matkou (§ 219 - 220),

- **ochranu před obchodováním s dětmi** - zákonodárce v souladu s článkem 35 Úmluvy zakotvil novou skutkovou podstatu, jíž postihuje toho, kdo za odměnu svěří dítě do moci jiného za účelem adopce, využívání dětské práce nebo pro jiný účel (§ 216a)
- **ochranu proti ohrožení mravní výchovy mládeže** - spočívající v postihu toho, kdo vydá osobu mladší 18 let nebezpečí zpustnutí tím, že jí umožní vést zahálčivý nebo nemravný život nebo takovou osobu k tomuto životu svádí (§ 217)
- **ochranu zdravého sexuálního vývoje mládeže** - jde o pohlavní zneužívání (§ 242, 243), znásilnění, kdy je přísněji postihován pachatel, pokud jeho jednání směřuje proti osobě mladší 15 let (§ 241 odst. 2 písm. b); trestný čin obchodování se ženami mladšími 18 let (§ 246 odst. 2 písm. b) a kuplířství (§ 204 odst. 3 písm. c, odst. 4)
- **ochranu mravnosti mládeže před nabízením, přenecháním či zpřístupněním pornografických děl nebo jejich vystavením či zpřístupněním na takových místech, která jsou osobám mladším 18 let přístupna** (§ 205 odst. 2)
- **ochranu mládeže před zneužíváním návykových látek a před podáváním alkoholických nápojů**, od roku 1994 i před podáváním anabolických látek (§ 187 odst. 2 písm. c, § 188 odst. 3, § 188a odst. 2, § 218, § 218a) (Zoubková, 2008).

4.2.1 Plán následné péče – možnosti intervence

Po odhalení a diagnostickém upřesnění syndromu CAN mají nápravná opatření různé zaměření/postupy, které se mohou opírat o různé teoretické předpoklady. Na nejobecnější rovině jsou rozlišovány následující formy intervence:

- **Trestně-právní (punitivní) forma intervence** je zaměřena na otázku, kdo dítě týrá a jak má být za to potrestán. Tato skutečnost eliminuje možnost nápravy a úpravy rodinných vztahů, naopak mnohdy znamená naprostý rozpad rodiny. V závažných případech je usvědčení a potrestání pachatele nezbytnou součástí nápravného úsilí, které by mělo zamezit dalšímu ohrožování oběti, samo o sobě však poškozenému dítěti potřebnou pomoc neposkytne (neřeší problém další péče a celého vývoje).
- **Protektivně-kontrolující forma intervence** se vyznačuje úsilím o ochranu dítěte před dalším poškozováním důslednou kontrolou, sociálním dohledem, pravidelnými prohlídkami (dispenzární péče), v případě nutnosti i odnětím dítěte z rodiny (zbavení rodičovských práv, zajištění náhradní péče). Odpovědnost rodičů za výchovu dítěte je plně zdůrazňována, tudíž potrestání za případný trestný čin násilí na dítěti není vyloučeno.

- **Protektivně-terapeutická intervence** nevylučuje kontrolu a případně potrestání, hlavním prostředkem zastavení násilí je intenzivní psycho/sociální terapie celého rodinného interakčního systému. Tendenci orientovat léčbu a terapii nejen na dětskou oběť, ale na všechny zúčastněné, tedy i zneuživatelé (zvláště jedná-li se o člena rodiny), lze sledovat též v manuálu pro KI u syndromu CAN, vydaném v roce 1994 americkým ministerstvem pro sociální věci a rodinu, oddělením pro zdraví a sociální služby.

V případě *individuální terapie pachatele* je účinnost u jednotlivých pachatelů rozdílná vzhledem k rozmanitosti motivace činu. Případná agrese mohla vyplývat z různých faktorů biochemických, z frustrace, nápodoby modelu, nebo byla hlouběji zakotvena ve vlastních časných prožitcích. Cílem *rodinné terapie* je zlepšit podmínky v rodinném systému natolik, aby v něm dítě mohlo zůstat bez dalšího ohrožení. Základním předpokladem je, že trýznitel musí sám převzít svůj díl rodičovské péče a zapojit se do terapie sanace partnerského vztahu a vztahu k dítěti (obnovení komunikativní a behaviorální hranice). Terapie dítěte, kde je pachatel neznámý, je obvykle méně obtížná než v případě, kdy pachatelem je někdo z příbuzenstva (Dunovský, 1995; Langmeier, Krejčířová, 2006; Langmeier, Balcar, Špitz, 2010). Beznadějné situace nastávají, pokud je ublížení dítěti popíráno v celém rozsahu. To vede ke kohezi členů rodiny, a to jak užší tak širší. Snaha o získání náhledu na závislost na alkoholu, psychiatrické onemocnění nebo dlouhotrvající násilné chování může skončit naprostým neúspěchem. K zajištění ochrany dítěte v takovém rodinném kontextu je často nezbytné plné využití zákonných prostředků (Bentovim, 1998). Terapeutická intervence musí být vždy velmi pečlivě plánovaná. Zkušenosti z ČR i zahraničí potvrzují, že každý krok terapeutického zákroku musí být kriticky zvážen a jeho příprava a úprava během provádění musí být výsledkem týmové spolupráce. V opačném případě je psychický stav postiženého dítěte v rámci jeho rodiny zpravidla ještě horší. V případě právního řešení se pak může stát, že dobrý advokát na straně pachatele může využít neprofesionálně vedenou intervenci k tomu, aby znemožnil výpověď dítěte a tím získal pro pachatele beztrestnost (Dunovský, 1995, 1999).

4.2.2 Institucionální péče o ohrožené děti

Ve výjimečných případech selhání rodiny v péči o své dítě z důvodu jeho zanedbávání, týrání nebo zneužívání, je ve spolupráci s resortem práce a sociálních věcí a soudu, **indikován pobyt ve zvláštních dětských zařízeních** typu kojenecký ústav a dětský domov

resortu zdravotnictví. Jak uvádí § 46 zákona č. 94/1963, o rodině: „*Jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě nebo jestliže z jiných závažných důvodů nemohou rodiče výchovu dítěte zabezpečit, může soud nařídit ústavní výchovu nebo dítě svěřit do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc* (§42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí). *Jestliže je to v zájmu nezletilého nutné, může soud nařídit ústavní výchovu nebo dítě svěřit do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc i v případě, že jiná výchovná opatření nepředcházela.*“ Soudu je stanovena povinnost nejméně jednou za 6 měsíců přezkoumat, zda trvají důvody pro nařízení tohoto opatření nebo zda není možné zajistit dítěti náhradní rodinnou péči. Za tím účelem si soud vyžádá zprávy příslušného OSPOD, opatří si vyjádření dítěte (je-li ho dítě s ohledem na svůj věk a rozumovou vyspělost schopné) a vyzve rodiče dítěte k vyjádření jejich stanoviska. Důležitým pravidlem je v § 46 zákona o rodině stanovená povinnost soudu zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí popřípadě rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají přednost před výchovou ústavní. Po nařízení ústavní výchovy je soudu též stanovena povinnost zrušit ústavní výchovu pominou-li důvody nařízení ústavní výchovy nebo lze-li dítěti zajistit náhradní rodinnou péči.

- **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dětská centra, Klokánky)**

Poskytují možnost rychlého umístění dítěte v případě krize. Nespadají pod žádný rezort a nevztahuje se na ně zákon o výkonu ústavní výchovy. Děti jsou do těchto zařízení přijímány bez ohledu na věk, bez předchozího pobytu v diagnostickém ústavu a to buď na žádost rodičů nebo samotného dítěte, popřípadě na základě předběžného opatření. Ochrana a pomoc spočívá v uspokojování základních životních potřeb, zajištění zdravotní péče, psychologické a jiné nezbytné péči. Cílem je nabídnout dětem přechodnou péči na dobu, dokud se nebudou moci vrátit zpět do své rodiny, nebo dokud pro ně není nalezena trvalá náhradní rodinná péče. Umožňují přijetí sourozenecké skupiny.

- **Zařízení, ve kterých je prováděn výkon ústavní výchovy**

V ČR jednotlivé typy zařízení spadají do kompetence tří rezortů. Vzájemně se odlišují právní úpravou, systémem financování, metodickými pokyny, různými požadavky na zaměstnance a jejich kvalifikaci. Zákon o výkonu ústavní výchovy je postaven jako předpis pro školská zařízení a přiměřeně je díky odkazu v zákoně o sociálních službách používán i pro zařízení v kompetenci MPSV.

- **Kojenecký ústav a dětský domov pro děti do tří let věku (MZČR, zákon o péči o zdraví lidu)** – zdravotnická zařízení léčebně preventivní péče
- **Diagnostický ústav (MŠMT, zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních)** – délka pobytu obvykle 8 týdnů, členění dle pohlaví nebo věku dítěte. Na základě komplexního vyšetření zdravotního stavu a volné kapacity jednotlivých zařízení, jsou děti následně umístěny do vhodného zařízení.
- **Dětský domov (MŠMT, zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních)** – pro děti ve věku od 3 do nejvýše 18 let nebo do ukončení přípravy na povolání nejvýše do 26 let. Účelem je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou bez závažných poruch chování. Děti se mohou vzdělávat ve školách, které nejsou součástí dětského domova.
- **Dětský domov se školou (MŠMT, zákon o výkonu ústavní výchovy, zákon o školských zařízeních)** – pro děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky. Účelem je zajišťovat péči o děti s nařízenou ústavní výchovou se závažnými poruchami chování, vyžadující pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu výchovně léčebnou péči nebo mající nařízenou ochrannou výchovu. Tyto děti se mohou vzdělávat ve škole, která je součástí zařízení.

4.3 Systém péče o ohrožené děti v ČR

Povinnost státu chránit děti před tělesným, psychickým a sexuálním násilím, chránit jejich zdravý vývoj a právem chráněné zájmy vyplývá pro Českou republiku z řady norem ústavního a mezinárodního charakteru. Jako první formulovala práva dítěte **Ženevská deklarace práv dítěte** (1924) a následně **Charta práv dítěte** (1959). Příznačné je, že pod vlivem Charty byl u nás konstituován **Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.**, který opustil pojem moci a formuluje vztah rodičů a dětí jako práva a povinnosti. Nejvyšší právní normou je **Ústava ČR**, která zaručuje ochranu základních lidských práv a svobod soudní mocí (čl. 4). Tato práva jsou deklarována v **Listině základních práv a svobod** - článek 30 je věnovaný rodině a dětem s důrazem na právo dětí na rodičovskou výchovu a péči. Ochrana dětí ohrožených syndromem CAN je obsažena v mnohých mezinárodních dokumentech, z nichž lze považovat za nejdůležitější **Všeobecnou deklaraci lidských práv** (čl. 16), **Mezinárodní pakt o občanských a lidských právech** (čl. 23), **Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv a svobod** (čl. 12) nebo **Evropskou úmluvu o výkonu práv dětí**. Ochranu ohrože-

ných dětí obsahují taktéž různá **Doporučení výboru ministrů** nebo **Parlamentního shromáždění Rady Evropy** (Krausová, Novotná, 2006).

V současnosti jsou práva dětí nejkomplexněji upravena v **Úmluvě o právech dítěte** z roku 1989, kterou ČR ratifikovala 7. ledna 1991. Práva dětí jsou v ní členěna do čtyř oblastí: **práva na přežití** (survival rights), **práva na rozvoj** (development rights), **práva na ochranu** (protection rights) a **práva na participaci** (participation rights). Státy, které jsou smluvní stranou Úmluvy, se zavazují poskytovat rodinám s dětmi takovou ochranu a pomoc, aby mohly splňovat svou celospolečenskou úlohu. Rovněž jsou povinny zajistit, aby **dítě nebylo odděleno od svých rodičů proti jejich vůli, ledaže příslušné úřady na základě soudního rozhodnutí určí, že takové oddělení je potřebné v zájmu dítěte**. Smluvní státy této úmluvy uznávají právo dítěte odděleného od jednoho nebo obou rodičů **udržovat pravidelné osobní kontakty s rodiči**, ledaže by to bylo v rozporu se zájmem dítěte. Dítě má právo, pokud je schopno formulovat své vlastní názory, tyto **názory svobodně vyjadřovat ve všech záležitostech**, které se jej dotýkají, a takto vyjádřeným názorům dítěte je nutno věnovat patřičnou pozornost odpovídající jeho věku a úrovni. Právo dítěte na vyjádření vlastních postojů je v české právní úpravě promítnuto do několika právních předpisů, například zákona o rodině, občanského soudního řádu či zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Dítěti je umožněno, aby bylo **vyslyšeno v každém soudním nebo správním řízení**, které se jej dotýká, a to buď přímo, nebo prostřednictvím zástupce anebo příslušného orgánu. Další práva lze shrnout jako **práva ochrany osobnosti**, mezi něž řadíme **právo dítěte, aby nebylo vystaveno nezákonným útokům na svou čest a pověst**.

4.3.1 Meziresortní spolupráce

V současné době je **výkon péče o ohrožené děti zajišťován kombinací aktivit státní správy a samosprávy**, která působí jednak samostatně, jednak v přenesené působnosti. Stát zřizuje na centrální, krajské i místní úrovni orgány zodpovědné za koncepci, organizaci, řízení a financování systému péče o ohrožené děti. Současný systém péče o ohrožené děti je **v kompetenci pěti ministerstev**, přičemž nejméně dva další rezorty mají pro ohrožené děti velký význam (ministerstvo financí/státní rozpočet, ministerstvo pro místní rozvoj/sociální byty). Každý z rezortů má na starost jiné instituce, typy a formy péče. Výhodou rozložení odpovědností a kompetencí mezi tyto resorty je možnost konkrétního zaměření na specifickou oblast, nevýhodou mohou být obtíže při vzájemné koordinaci péče.

- **Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV)** -- je ústředním orgánem státní správy pro péči o rodinu a děti. V rámci SPO vykonává zejména legislativní, metodickou a kontrolní činnost, včetně přezkumu pravomocných rozhodnutí krajských úřadů v odvolacím a přezkumném řízení. Spolupracuje na mezinárodní úrovni, provádí monitoring v oblasti práv dítěte a koordinaci implementace Úmluvy o právech dítěte. Řídí Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí a zpracovává programy na ochranu dítěte proti domácímu násilí a před týráním, zneužíváním a zanedbáváním.
- **Ministerstvo spravedlnosti** - má v kompetenci agendu rodinné legislativy, související agendu procesních předpisů a agendu zákonné úpravy trestněprávní ochrany dětí a mládeže, probační a mediační službu. Jde o ústřední orgán státní správy pro soudy a státní zastupitelství. Zabývá se také ochranou dětí a připravuje důležité právní předpisy v oblastech hmotného a procesního občanského práva, trestního práva a dalších.
- **Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT)** – do jeho kompetencí spadá agenda dětských domovů, diagnostických ústavů a výchovných ústavů. V souvislosti s Národním akčním plánem k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti na období 2009 až 2011 zpracovalo Rámcovou koncepci v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče ve školských zařízeních. Postupný proces transformace systému náhradní výchovné péče v zařízeních v resortu MŠMT má v souladu s aktivitami NAP hlavní cíle: snížit počet dětí dlouhodobě umístěných ve všech typech ústavní péče, za předpokladu posílení preventivní složky práce s ohroženými dětmi a jejich rodinami, navýšení počtu kvalifikovaných pracovníků, vytvoření sítě specializovaných ambulantních služeb s těžištěm v profesionální péči orientované na potřeby dítěte a práci s celým rodinným systémem, vzdělávání a proškolení pracovníků zařízení, transformace, diferenciací a specializací náhradní výchovné péče pro pomoc dětem, u nichž je umístění do zařízení nejlepším, nebo jediným reálným možným řešením jejich situace.
- **Ministerstvo zdravotnictví (MZ)** - je ústředním orgánem pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnická zařízení a zvláštní zdravotnická zařízení, která metodicky vede. Pod jeho rezort dále spadá zejména praktické lékařství pro děti a dorost a sociální pediatrie. Do kompetence MZ patří nejen prevence násilí na dětech, ale též zdravé a bezpečné životní prostředí pro děti, podpora rodin se zdravotně postiženými dětmi. V této souvislosti je zapotřebí zmínit i Národní akční plán prevence dětských úrazů na léta 2007 až 2017, jehož základním stavebním kamenem je Národní registr dětských úrazů (Zdroj: www.mvcr.cz; Bubleová, Vránová, Vávrová, 2011). Díky regis-

tru, který je postupně realizován a do něhož budou sbírána úrazová data z traumatologických center pro děti, pracovišť zdravotnické záchranné služby, nemocnic a ambulantních pracovišť (kategorie: polytraumata; dopravní úrazy; domácí, školní a sportovní úrazy; úmyslné úrazy a ostatní), sledovaná z různých hledisek, bude umožněna a usnadněna výtěžnost informací. Po naplnění registru alespoň ročními daty (každé roční období je z hlediska úrazovosti specifické), bude možné na základě získaných informací posoudit dosavadní priority i způsoby prevence a bude tak umožněno reagovat na reálnou situaci v ČR a nikoli pouze na její odhad, jak tomu do značné míry bylo doposud (Pavlátová, 2010; www.detske-urazy.cz; www.urazneninahoda.cz).

- **Ministerstvo vnitra** – jeho činnost je významná z hlediska personálního zajištění SPO, jejíž výkon je zajištěn v přenesené působnosti obecními a krajskými úřady, jejichž zaměstnanci jsou součástí veřejné správy ČR. V rámci své působnosti se zaměřuje na problematiku odhalování, vyšetřování a objasňování trestné činnosti dětí a páchané na dětech, na koncepční a metodickou činnost v oblasti prevence trestné činnosti dětí a páchané na dětech, dotační podporu konkrétních aktivit ve městech, obcích a krajích ČR prostřednictvím Programu prevence kriminality na místní úrovni. Jednou z priorit je rozvíjení SVI. Podílí se na činnosti mezirezortní pracovní skupiny, jejímž cílem je vytvořit právní rámec a metodické postupy pro zavedení interdisciplinárních týmů spojujících zdravotní, sociální a policejní pomoc při odhalování a stíhání případů domácího násilí (Bubleová, Vránová, Vávrová, 2011; www.mvcr.cz).

Další subjekty:

- **Veřejný ochránce práv (ombudsman)** – pomáhá zajišťovat ochranu práv a oprávněných zájmů v oblastech, kde je jednání úřadů a orgánů v rozporu s právem nebo v případě jejich nečinnosti. V některých případech působí mezi zúčastněnými stranami v klasické pozici mediátora. Do jeho působnosti patří celá oblast týkající se výkonu SPO dětí. Veškerou tuto činnost má právo šetřit.
- **Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí** – orgán s celostátní působností, zajišťuje ochranu práv a zájmů dítěte ve vztahu k cizině. Vykonává funkci opatrovníka dítěte a spolupracuje se státními orgány nebo jinými organizacemi cizího státu, pokud jsou pověřeny ve svém státě k činnostem SPO dětí (Zdroj: www.mpsv.cz).

4.3.2 Systém včasné intervence (SVI) a tým pro mládež

SVI začal být budován v roce 1999 nejdříve jako projekt úzce lokální a posléze, poté co proběhla reforma veřejné správy, jako projekt aplikovatelný v obcích s rozšířenou působností s potenciálem stát se projektem celonárodním. Projekt využívající stávající legislativu a existující strukturu institucí veřejné správy, navrhlo MV, odbor prevence kriminality. Jde o koordinovaný přístup všech subjektů, vedoucí ke zkvalitnění přístupu k ohroženému dítěti, jeho rodině a komunitě, který je na lokální i republikové úrovni řízen **řídícím výborem**. Realizací všech částí projektu vzniká standard práce OSPOD v podobě „Týmů pro děti a mládež“ na úrovních obec-kraj a „Národních týmů pro děti a mládež“ na úrovni centrální. Prioritou je snaha o sanaci sociálního prostředí dítěte formou individuálního přístupu – prostřednictvím aktivit, směřujících k zachování nebo obnovení funkcí rodiny za pomoci profesionálů. Propracovaný mechanismus napomáhá zvýšení efektivity práce jednotlivých subjektů, do jejichž působnosti péče o ohrožené děti spadá a umožňuje zpětnou kontrolu přijatých opatření a zvolených postupů. **SVI tvoří tři základní pilíře:**

- **Tým pro mládež** – OSPOD, Policie ČR, justiční orgány (soudy, státní zastupitelství, Probační a mediační služba ČR), obecní policie, úřady práce, zdravotnická zařízení, školy a školská zařízení, nestátní neziskové organizace). Tým koordinuje činnost v lokalitě a vytváří podmínky pro efektivní práci s dětmi/rodinami.
- **Společný informační systém** spravovaný místně příslušným OSPOD. Cílem je vybudovat jednotné informační prostředí, kde by docházelo k rychlé výměně informací mezi Ministerstvem vnitra, orgány sociální ochrany, Probační a mediační službou a soudy tak, aby se ohrožené děti co nejdříve dostaly do péče orgánů SPO.
- **Konkrétní praktická opatření**, která tvoří samotný proces pomoci a intervence

Dítě je zařazeno do SVI na základě oznámení zúčastněných subjektů (§ 10 odst. 4 zákona č.359/1999 Sb.) a na základě vlastních informací OSPOD (§§ 6 a 7 zákona č. 359/1999 Sb.). OSPOD posoudí obsah hlášení a má možnost provést v něm úpravu tak, aby vlastní text hlášenky případně umožňoval zpřístupnění vybraným subjektům. Jde o detailní informace týkající se týrání, zneužívání a zanedbávání dítěte, které nejsou součástí spisové dokumentace přístupné k nahlížení, ale jsou jejím podkladem (§ 55 odst. 4 zák. č. 359/1999 Sb., čl. 6 odst.5). Při poskytování informací OSPOD postupuje v souladu s § 51 zákona č.359/1999 Sb., tedy informace poskytuje na základě žádosti zúčastněných subjektů, konkrétně dle uvedeného rozsahu a souvislosti požadované informace o dítěti (rodině). O výše

uvedené údaje chráněné zvláštní povinností mlčenlivosti a zpřísněným režimem nakládání s nimi, poskytuje OSPOD pouze na žádost soudu nebo státního zastupitelství v případě, že se týkají konkrétního probíhajícího trestního stíhání (§ 55 odst. 4, § 57 zák. č. 359/1999 sb.). (Zdroj: www.sviportal.eu; www.mvcr.cz).

4.3.3 Dětská výslechová místnost

V roce 2007 byl realizován odborem prevence kriminality MVČR **Program zřízení speciálních výslechových místností pro dětské oběti a svědky**. Po celé ČR bylo postupně nově zřízeno nebo inovováno 40 speciálních výslechových místností, vyhovujících všem standardům a potřebám trestního řízení a především umožňujících šetrnější a humánnější zacházení s dětskou obětí trestného činu. Důvodem vybudování byla především maximální ochrana dětských práv a ochrana dětské oběti nebo svědka před sekundární viktimizací. Prostory se záznamovým/kamerovým systémem, jednocestným zrcadlem a vybavením pro děti (hračky, pastelky, omalovánky, demonstrační anatomicky přesné loutky, magnetická tabule, flipchart) napomáhají k získávání informací od dětské oběti a dokumentaci úkonu. Komunikace v neformálním prostředí probíhá diskrétně a ohleduplně, čímž se výslech stává méně traumatizujícím zážitkem. Při výslechu závažné trestné činnosti spáchané na dítěti vchází, oproti minulosti, při trestním řízení dítě do přímého kontaktu pouze s jednou až dvěma osobami. Tím je odstraněn psychologický blok oběti, který dříve způsobovala přítomnost osob, jejichž přítomnost je dle trestního řádu, případně zákona **218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže u neodkladných či neopakovatelných úkonů nutná (vyšetřovatel, dětský psycholog, popř. soudní znalec z oboru dětské psychologie a psychiatrie, zástupce OSPOD, státní zástupce, soudce a obhájce obviněného)**. Speciální výslechová místnost s kvalitní záznamovou technikou výrazně usnadňuje provádění neopakovatelných úkonů ve smyslu ustanovení §160 odst. 4 trestního řádu a postup podle §102, odst. 2. Výpovědní hodnota dětské oběti nebo svědka zůstává zachována i pro účely pozdějšího řízení před soudem (průběh celého výslechu je zaznamenáván pro trestní řízení dle trestního řádu) (Zdroj: www.mvcr.cz).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 SPOLUPRÁCE INTERVENČNÍHO KRIZOVÉHO TÝMU

Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte je chápán jako multifaktoriální společenský jev. Jeho diagnostika, léčba a terapie, včetně předcházení, je záležitostí výhradně interdisciplinární. Mimo klasického diagnostického postupu v pediatrii, jsou v případech akutní hospitalizace dítěte na neutrálním prostředí dětského oddělení, vždy využívány poznatky všech dalších angažovaných lékařských a nelékařských oborů péče o dítě. Při podezření na syndrom CAN má rozhodující význam nejen medicínská anamnéza a zjištění aktuálního stavu, stejně zásadní úlohu sehrává komplexní sociální anamnéza rodinná i osobní. Všem zúčastněným odborníkům jde nejen o snahu zhodnotit klinické příznaky způsobené nevhodným zacházením, současně je pátráno po konkrétních příčinách narušujících funkčnost rodiny, které mohou pro dítě znamenat do budoucna sekundární ohrožení. V průběhu zjišťování všech okolností odhaleného případu špatného zacházení s dítětem a posuzování jeho následků, je rozhodnuto jak o vhodných terapeutických postupech, tak i o plánu následné péče. Rozhodování o způsobu dalšího řešení situace dítěte je přitom velmi často ztíženo řadou okolností – především aspekty trestně-právními (kriminalizace případu) nebo civilně-právními (zbavení rodičovských práv, odebrání dětské oběti z rodiny). Složitost a úskalí dětské krizové intervence vyžadují v celém léčebně-terapeutickém procesu ze strany ošetřujícího personálu a interventů mimořádnou povinnost poskytnout dětské oběti co nejvyšší profesionalitu a emoční podporu. Jelikož prognóza stavu dítěte je za všech okolností závislá na aktivitě a profesionální práci všech zainteresovaných pracovníků, výzkumné šetření je v této souvislosti zaměřeno na způsob vzájemné spolupráce a kompetence, kterými v rámci společného intervenčního úsilí disponují.

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapování koordinace krizové intervence u syndromu CAN po urgentním přijetí dítěte na lůžkovou část dětského oddělení zdravotnického zařízení. V popředí zájmu výzkumného šetření je, mimo dilemat diagnostiky a systému péče, především rozsah a návaznost praktické činnosti jednotlivých profesionálů bezprostředně po odhalení ohrožení/poškození dítěte, tak jak jsou vnímány samotnými aktéry interdisciplinárního týmu. Na základě výzkumných cílů byly definovány následující výzkumné otázky:

- **Jaká jsou nejčastější dilemata při diagnostice syndromu CAN a jeho výskyt na daných pracovištích?**

- **Jaká je návaznost řešení situace dítěte v případě hospitalizace u akutních stavů?**
- **Jaké jsou, s ohledem na prosperitu dítěte a zabránění jeho dalšího poškozování, nejčastější tendence v přístupu k řešení (sanace rodiny versus institucionální péče)?**
- **Jaký je osobní názor respondentů na reálnou možnost sanace rodinného systému a riziko recidivy?**
- **Jaký je náhled na riziko syndromu burn-out při zvládnání dané problematiky?**

5.2 Design sběru dat a volba výzkumných metod

Pro hlubší proniknutí do tematiky krizové intervence u syndromu CAN jsem zvolila **terénní výzkum** a **kvalitativní design výzkumu**. Dle Reichela (2009) kvalitativní přístupy se pokoušejí určitý fenomén nahlížet v pro něj autentickém prostředí a vytvářet jeho obraz v komplexní podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty. Údaje získáváme hlubším a delším kontaktem s terénem. Hlavním úkolem je dozvědět se, jak respondenti chápou různé prvky, fenomény a procesy, které tvoří zkoumanou situaci, jak se k jejich pochopení dopracovali, proč jednají tak, jak jednají nebo jak organizují své každodenní aktivity a činnosti.

Při realizaci terénního výzkumu byla uplatněna **tzv. triangulace zkoumaných osob**, tzn. údaje byly získávány z vícero zdrojů. Mezi výhody triangulace patří především možnost kombinovat perspektivy různých lidí a prohloubit tak zkoumaný jev.

Pro získání dat byla použita **metoda hloubkového polostrukturovaného rozhovoru**. Jde o kompromis mezi strukturovaným a nestrukturovaným interview, kdy se tazatel drží předem připravených otázek, průběžně však reaguje na podněty, které přicházejí ze strany dotazovaného. Nejedná se tedy pouze o sledování připraveného schématu. Jednotliví pracovníci interdisciplinárního týmu měli možnost zodpovědět otázky dotýkající se okruhu problémů, se kterými se v praxi při řešení CAN v rámci komplexní péče o hospitalizované dítě běžně potýkají. V průběhu interview bylo respondentům ponecháno více volnosti – měli možnost se vyjadřovat především k tématům, se kterými mají ve své praxi osobní zkušenost a ke kterým více inklinují. Na tuto skutečnost bylo myšleno při samotné konstrukci otázek. Ty byly přizpůsobeny charakteru činnosti a kompetencí respondentů (medicínské, psychologické, sociální, trestně-právní aspekty). V průběhu tzv. částečně řízeného

rozhovoru nebylo striktně stanoveno pořadí otázek, rovněž jejich formulace byla mnohdy, dle situace, průběžně modifikována.

5.2.1 Výzkumný soubor

Výběr respondentů byl záměrný. Pro větší objektivitu výzkumu byly osloveny dva interdisciplinární týmy zdravotnických zařízení. V roce 2011, v průběhu povinné praxe ve Vítkovické nemocnici Ostrava v rámci studia oboru Diplomovaná všeobecná sestra na VOŠZ, byl požádán o účast na výzkumu intervenční tým dětského oddělení. Druhá volba souvisela s mým předcházejícím výzkumem k bakalářské práci na sociálním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc – tentokrát byl osloven kompletní interdisciplinární tým dětské kliniky, podílející se na řešení problematiky ohrožených dětí. Stěžejní důvody výběru byly u obou erudovaných intervenčních týmů totožné: dlouholetá pracovní zkušenost zástupců jednotlivých profesí s řešením problematiky syndromu CAN a jejich vzájemná dlouhodobá spolupráce. Výzkumu se zúčastnili celkem 4 intervenční FN Olomouc a 3 členové intervenčního týmu VN, při personálním obsazení **lékař/pediatr, dětský klinický psycholog, zdravotně-sociální pracovníce:**

- **LÉKAŘKA** – Primářka dětské kliniky FN; **Vzdělání:** Univerzita J.E.Purkyně Brno, Lékařská fakulta - obor pediatrie; atestace I.stupně – pediatrie; Státní Univerzitou v Athénách (Řecko) udělena nostrifikace diplomu; postgraduální studium na Státní Univerzitě v Bruselu (Belgie) – ULB v oboru onkologie, infektologie; **Odborné aktivity:** pedagogická činnost - výuka pediatrie na SZŠ v Olomouci; odborný asistent LF UP v Olomouci; **Praxe:** od roku 1982
- **LÉKAŘ** – Primář dětského oddělení Vítkovické nemocnice; **Vzdělání:** UK Hradec Králové, Lékařská fakulta – obor pediatrie; I. atestace obor pediatrie - atestace I st. v oboru dětské akupunktury, II. atestace v oboru pediatrie - licence pro ultrasonografii v dětském věku; Projekt HOPE - management ve zdravotnictví; **Odborné aktivity:** přednášková činnost/odborné pediatrické semináře; **Praxe:** od roku 1992
- **LÉKAŘ2** – Dětská klinika FN; **Vzdělání:** UK Praha, 2. Lékařská fakulta - všeobecné lékařství; UP Olomouc, Lékařská fakulta – postgraduální studium – obor pediatrie; I. atestace – pediatrie; **Odborné aktivity:** pedagogická činnost - odborný asistent LF UP; **Praxe:** od roku 1995

- **PSYCHOLOŽKA** – Dětská klinika FN; **Vzdělání:** UP Olomouc, Filozofická fakulta – jednooborová psychologie; Státní rigorózní zkouška – obor psychologie; Specializační průprava (atestace) v klinické psychologii; Funkční specializace v systematické psychoterapii; Specializace (atestace) z dětské klinické psychologie; soudní znalkyně v oboru zdravotnictví, psychiatrie specializace klinická psychologie dětí a dospělých; **Odborné aktivity:** supervize odborných praxí v klinické psychologii pro studenty FF UP Olomouc; školitelka IPVZ Praha pro postgraduální uchazeče o specializační zkoušku z klinické psychologie; členka zkušební komise IPVZ pro odbornost klinická psychologie a dětská klinická psychologie; **Praxe:** od roku 1982
- **PSYCHOLOŽKA** – **Vzdělání:** UP Olomouc, Filozofická fakulta – jednooborová psychologie; atestace I. stupně – Dětská klinická psychologie; **Odborné aktivity:** absolvovala řadu kurzů, například hypnózy, bazální stimulace, Pesso Boyden terapie. **Praxe:** od roku 1975.
- **ZS. PRACOVNICE** – FN; **Vzdělání:** UP Olomouc, Pedagogická fakulta – magisterský obor Sociální práce-pedagogika; odborná kvalifikace formou specializačního studia pro zdravotně-sociální pracovníky – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; přednášková činnost. **Praxe:** od roku 1984
- **ZS. PRACOVNICE** – VN – dětské oddělení; **Vzdělání:** OU Ostrava, Fakulta sociálních studií – bakalářský obor Sociální práce; odborná kvalifikace formou specializačního studia pro zdravotně-sociální pracovníky – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů; přednášková činnost. **Praxe:** od roku 1988

Pro upřesnění informací o způsobu řešení dané problematiky byli požádáni o rozhovory další 4 interventi spolupracující v rámci Systému včasné intervence (SVI). Ve všech čtyřech případech šlo náhodně o ženy/respondentky: **vrchní komisařku služby kriminální policie a vyšetřování (SKPV) Krajského ředitelství policie Moravskoslezského kraje v Ostravě** (Pozn. o rozhovor požádána v době, kdy se rozhodla odejít do civilu), **vyšetřovatelku SKPV PČR v Olomouci** a **pracovnice OSPOD spádových magistrátů v daných regionech:**

- **VYŠETŘOVATELKA** – vrchní komisařka SKPV PČR; **Vzdělání:** magisterský obor sociální pedagogika MU Brno; bakalářský obor sociální pedagogika – Pedagogická fakulta OU Ostrava; mimo specializačních kurzů absolvovala mj. přednášky odborníků z NCIS ve Velké Británii k psychologii pachatelů násilné sexuálně motivované trestné činnosti na dětech nebo počítačové kriminality páchané na dětech kolegů z Meziná-

- rodního centra pro pohřešované a vykořisťované děti v USA. **Odborné aktivity:** lektorka odborných kurzů určených specialistům na problematice trestné činnosti páchané na dětech a mravnostní kriminality; coby člen expertní skupiny MVČR se 2 roky zabírala problematikou budování a využívání speciálních výslechových místností pro dětské svědky a navazujícím vzděláváním specialistů v této oblasti. **Praxe:** od roku 1991.
- **VYŠETŘOVATELKA** – SKPV PČR Olomouc; **Vzdělání:** Střední policejní škola Ministerstva vnitra Holešov; Policejní akademie ČR Praha; Specialista na mládež, zabývá se trestnou činností páchanou na dětech a dětmi do 18 let. **Certifikáty:** osvědčení o proškolení v plném rozsahu ze zákona č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, certifikáty – základy rodinného práva, SPOD, speciální pedagogika, psychologie. **Odborné aktivity:** přednášky na téma domácí násilí a problematika mládeže – Gymnázium Olomouc; UP Olomouc, Pedagogická fakulta. **Praxe:** od 2007.
 - **SOC. PRACOVNICE** – OSPOD Ostravy; **Vzdělání:** UP Olomouc, Filozofická fakulta – magisterský obor Výchova a vzdělávání dospělých; **Odborné aktivity:** pedagogická činnost – Zdravotně-sociální fakulta Ostravské univerzity, katedra sociální práce – kazuistický seminář; lektor akademie J.A. Komenského v Karviné; lektorka vzdělávacích akcí pro neziskové organizace; coby kontaktní osoba pracovní skupiny komunitního plánování v Ostravě Děti a rodina stála u zrodu Mediačního centra pro rodinné a občanskoprávní spory, od r. 2011 je odborným garantem projektu; člen komise pro sociálně-právní ochranu dětí, koordinující výkon SPO na území správního obvodu obce s rozšířenou působností; coby poradce Bílého kruhu bezpečí absolvovala řady kurzů na téma krizová intervence, domácí násilí (postgraduál na právnické fakultě UK v Praze), kurzy k problematice náhradní rodinné péče, coatchingu aj.. **Praxe:** od 1989.
 - **SOC. PRACOVNICE** – OSPOD Olomouckého kraje; **Vzdělání:** UP Olomouc - magisterský obor Speciální pedagogika; **Praxe:** od roku 1985

5.2.2 Průběh realizace výzkumu

Výzkum zahrnuje 11 polostrukturovaných rozhovorů, realizovaných v průběhu roku 2011 a počátkem roku 2012 na pracovištích jednotlivých aktérů výzkumu. O obsahovém schématu výzkumu, jeho zaměření, cílech a využití byli respondenti informováni zpravidla v předstihu před plánovaným setkáním – osobně, elektronickou formou nebo telefonicky. Každý z rozhovorů trval v průměru 60-90 minut, data byla zaznamenávána, se souhlasem

respondentů, ve formě audionahrávky. Po realizaci výzkumu byla provedena doslovná transkripce s jazykovou stylizací. Vzhledem k velkému objemu dat jsou ve výzkumné části interpretovány a analyzovány výhradně údaje potřebné k zodpovězení výzkumných otázek. Komplexní podoba textů byla dodatečně zaslána pouze účastníkům výzkumu – pro jejich vzájemnou zpětnou vazbu.

5.3 Kvalitativní analýza a zpracování dat

Po provedení doslovné transkripce textů a jednotné jazykové stylizaci byly rozhovory řádek za řádkem analyzovány. Cílem otevřeného kódování bylo postupné tematické rozkrytí textu. Pro organizaci materiálu bylo použito barevné označování jednotlivých úseků, k nimž byly přiřazovány kódy dle kontextu, podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti. Po této fázi byly jednotlivé pojmy seskupovány do kategorií. Při objasňování významu a vzájemných vztahů byl vytvořen seznam všech kódů, které byly následně hierarchicky uspořádávány podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti. Nově vzniklá seskupení kódů – kategorie, tak sdružily pojmy, které se vztahují ke stejnému jevu (segmentování kódování a tzv. kategorizace dat). Při zvažování příčin a důsledků, podmínek a interakcí byly následně jednotlivé kategorie srovnávány a propojovány (Hendl, 2005; Skutil, 2011). Vedle záznamů kódování byl průběžně celý výzkumný proces dokumentován pomocí komentářů a teoretických poznámek.

Na základě analýzy získaných dat byly v rámci procesu kódování vytvořeny 4 základní tematické oblasti a 8 stěžejích kategorií. Tzv. kódovací rámec zahrnuje, mimo daných kategorií, přehled všech vytvořených kódů: u každé ze čtyř oblastí dětské krizové intervence jsou uvedeny příklady signifikantních výroků s odpovídajícími kódy, sloučenými do kategorií. U abstrahovaných pasáží textu byla provedena redukce prvního řádu, tedy transformace přepsaného textu pomocí vynechání irelevantních částí vět a tzv. slovní vaty. Za signifikantními výroky jsou uvedeny značky jednotlivých respondentů a čísla stran, která korespondují s přepisem rozhovorů.

5.4 OBLAST – ODHALOVÁNÍ SYNDROMU CAN

Kategorie: VÝSKYT A ČETNOST JEDNOTLIVÝCH FOREM CAN – charakterizována kódy: *indikace k hospitalizaci (charakteristika symptomů, četnost výskytu), specifické formy CAN (syndrom bílého plodu, SBS sy, Münchhausenův sy), ohrožení z hlediska vývojového období, okolnosti odhalení a záchyty CAN, obtížnost diagnostiky*

S problematikou syndromu CAN se respondenti setkávají pravidelně – mimo závažných forem týrání jde především o situace, kdy některé známky nebo rizikové faktory CAN na některou z jeho forem ukazují. Dle jejich zkušeností se stále častěji ukazuje, že vlivy méně podnětného prostředí ve smyslu zanedbávání péče nebo sociální izolace, mají menší či větší význam pro rozvoj onemocnění, pokládaných za výhradně somatické. Mnohdy má násilí na dítěti svůj pozvolný průběh a vývoj – probíhá v delším časovém úseku a graduje. Dle respondentů se často dítě dostává do lékařské péče až tehdy, kdy již trpí zřetelnými následky poškozování. Za závažný problém je považována problematika fetálního alkoholového syndromu. Poškození dítěte tak může nabývat zvláštních forem, které je celkově nutné řadit k vážným podobám syndromu CAN, do budoucna až s možností fatálního průběhu. Důraz je jednoznačně kladen na včasnou detekci.

- **Indikace k hospitalizaci (charakteristika symptomů, četnost výskytu)**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...v ambulanci nejčastěji fyzické týrání, sexuální zneužívání a psychické týrání. ...minimálně jednou za měsíc. Sexuální zneužívání, které jsem odhalila za dobu posledních desíti let pět případů. ...kriminální činy z rodiny, některé zvenčí. ... Jde pouze o nejtěžší případy krvácení do mozku, fraktury. Psychické týrání odhalím při vyšetřování somatických potíží. (R1, s. 1) **LÉKAŘ2:** Ne příliš často, nepracuji v ambulanci. ...na kliniku se dostávají až děti, u kterých se projeví konkrétní zdravotní postižení. (R3, s.12) **PSYCHOLOŽKA:** ...kolem deseti dětí za rok, které jsou fyzicky poškozeny. (R4, s.16) ...zachycujeme jen nejmarkantnější týrání, domácí šikanování a chování k dětem, kdy se jim nedostává emocí, se k nám nedostane. (R4, s.20) **ZS. PRACOVNICE:** Vyskytují se případy, kdy nevykazují všechny znaky, jak jsou popsány v mezinárodní definici. ...na základě vyšetření máme k dispozici fakta, která nasvědčují, že by mohlo dojít k poškozování. Preventivně s rodinou začínáme pracovat... (R6, s. 30) **VYŠETŘOVATELKA:** ...průběžně, po celý rok. ...převládá mravnostní trestná činnost, pohlavní zneužití. (R9, s. 51) **SOC. PRACOVNICE:** ...průběžně každý rok několikrát. Je otázkou, jestli rovnou můžeme říct, že je diagnostikován CAN a nebo jestli jsou „pouze“ ohroženy různými jevy, které syndrom zahrnuje... Jeden rok máme evidovaných přes 20,

30, další rok 15 dětí... (R11, s.61) ...nejčastěji fyzické týrání, zanedbávání. ...dítě neprospívá, má špatný váhový přírůstek... Nebo zdravotní stav, pro který je sledované u kteréhokoliv specialisty a rodiče nedodržují doporučené postupy. Při opakovaných kontrolách se zjistí, že se s dítětem evidentně nedělalo nic z toho, co se dělat mělo... (R11, s. 61)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...relativně často. ...vidáme velký nezáměr ze strany rodičů, podceňování péče u chronicky těžce nemocných dětí. ...děti ze sociálně slabších vyloučených lokalit, rodičů se závislostí na alkoholu, drogově závislých. (R2, s.6) ...vyskytují se nejčastěji zlomeniny, modřiny nejasného původu nebo četnější podlitiny staršího data. ...je tam vývoj a jde vidět, že nebylo „pouze“ bito, ale především s určitou pravidelností. ...různé deprivace, především psychomotorické. (R2, s.7) Řešili jsme soudní cestou zlomeninu velkých kostí dolních končetin... Dítě by si v daném věku dlouhou kost zlomit samo nedokázalo, podobná je situace u dítěte s frakturou lebky – stavy, způsobené silným zmáčknutím. Jde o situace ohrožující na životě – krvácení do mozku, bolestivé zlomeniny končetin, různé formy popálenin. Rodiče mnohdy vynaloží extrémně velkou sílu na úder. (R2, s.8-9) **PSYCHOLOŽKA:** Děti, které přišly s modřinami po těle nebo se zanedbáním tak, že se jim loupala kůže z těla v cárech? Nebo ty, které mají rodiče notoriky a trpí fetálním alkoholovým syndromem? V centru je jich polovina z počtu 100 dětí. Vidíte, když má modřinu na obličeji nebo vytrhané vlasy, zadeček, který je jeden oheň, polámané nehty na nohou, vši nebo svrab, nikdy nebylo u zubaře, ani na očkování, nemluvě o preventivních prohlídkách... ...nedostatečná výživa. (R5, s.26-27) Je to dost často, ale častější je psychické týrání a zanedbávání. To není vidět, proto je často nikdo neřeší – až když je situace krizová. (R5, 23) ...případy jsou vždy velmi závažné. (R5, s.24) ...dítě alkoholiků má určité znaky, které vidíte. Ta stigmatizace tam je. (R5, s. 27) **ZS. PRACOVNICE:** ...v průměru 3 až 5x do roka. Pohybuje se to plus mínus, nelze říct, je to vždy 5 nebo „jenom“ 3... (R7, s. 37) **VYŠETŘOVATELKA:** Mezi nejzávažnější patří případy, kde se prolíná fyzické týrání s psychickým a navíc je dítě sexuálně zneužíváno (R8, s. 47). ...z hlediska oficiálně známých čísel v roce 2011 řešila policie v Moravskoslezském kraji 5, 6 případů, což není na první pohled mnoho. ...byly kvalifikovány jako trestný čin týrání svěřené osoby. Ale CAN se týká také dětí, které se staly obětí a nemuselo se jednat o případy, které byly hlášeny a řešeny policií. ...soc. pracovníci budou mít jiné statistiky, stejně pomáhající organizace. (R8, s.48) **SOC. PRACOVNICE:** ...v náhradní rodinné péči poměrně častý jev... (R10, s. 56) ...nejzákladnější formou jsou zanedbávané děti. ...nejširší klientela, kdy se mnohdy objevuje hrubé zanedbávání - nevhodná strava, zanedbávání péče

o zdraví, hygienu. ...děti, které jsou zvyklé jíst pouze rohlíky nebo neumí pokousat tuhou stravu, jsou zvyklé jen kaše. Nebo opačný extrém otlé děti, kdy rodiče nehodlají měnit životosprávu a lékařské rady jim nic neříkají. (R10, s. 56-57)

- **Specifické formy CAN (syndrom bitého plodu, SBS sy, Münchhausenův sy)**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...tato problematika narůstá (Pozn. SBS syndrom). ...dopadlo to u nás vždy špatně. My určíme diagnózu krvácení do mozku, ale jakým způsobem vzniklo, je vždy složité dokázat. (R1, s.4) **LÉKAŘ2:** (Pozn. Münchhausenův sy by proxy). ...matka dítěti píchala do zadečku tužkou, aby mělo rektální krvácení a byla nutná hospitalizace. (R3, s.12-13) **ZS. PRACOVNICE:** ...dítě z jiného etnika - neustále docházeli s matkou do gastroenterologické poradny a tvrdili, že má Crohnovu chorobu....lékař zjistil, že se jedná o manuální, záměrné poškození konečníku. Rodiče chtěli dosáhnout invalidního důchodu... kvůli sociálním dávkám (R6 s.31-32) Máme zde toxikomanky. ...matka je závislá a tvrdí, že není. Následně porodí a u dítěte zjistíme hladinu amfetaminu nebo kanaboidu. ...může dojít k poškození dechového centra, má křeče... Jde o to, že náš právní řád neuznává plod jako živou bytost, osobu. (R6, s. 32)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: „S Münchhausenovým syndromem jsme se setkali. ...podezření bylo vždy jednoznačné. (R2, s.6) **PSYCHOLOŽKA:** Pro mne je týrání, když těhotná žena bere drogy, kouří a pije a narodí se jí dítě, které má abstinenční syndrom. ...to je horší, než když dítě zmlátí v afektu. A to je velmi časté... téměř ob jedno dítě v dětském centru. ...navíc co z nich vyroste? Patologičtí jedinci. (R5, 23) Představte si, že jsem matka, která k dítěti nemá žádný vztah, netěším se na něj... ...žije s chlapem, oba jsou alkoholici, pro něho není problém ji kopnout do břicha. Ten způsob života je šílený – ona se opije, někde spadne a v ebrietě se udeří. Potrat si dnes zcela jistě vyvolávat takto nikdo nebude, jde o katastrofální způsob života, do kterého se dítě má narodit. ... Dítě, protože má abst'ák, má neurotické projevy, křičí, špatně pije a začíná CAN. ...dítě často nechává samotné s otčímem, který dítětem mrští nebo s ním nešetrně třese. Zanedbávání a týrání tohoto typu je velmi běžné a nepostihnutelné. Zvenčí ho nevidíte. Až dojde k závažnému problému, tak se vše řeší... (R5, s.25-26)

- **Ohrožení z hlediska vývojového období**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: Nelze říct obecně, že se týká konkrétní věkové skupiny. Museli bychom rozdělit způsoby týrání a pak lze uvažovat o škále, která je

u daného věkového období typická. ...obvykle týrají batolata a obecně malé děti předškolního věku. Sexuální zneužívání se více týká staršího školního věku. Nikoliv staršího věkového období, kdy si to už děti zpravidla nenechají líbit. ...jsou ale výjimky mezi batolata a předškolním věkem. Psychické týrání se prolíná napříč celým věkovým obdobím. (R1, s.3)

SOC. PRACOVNICE: ...jednalo se spíše o děti do předškolního věku. (R6, s.31)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: ...nechtěné dítě je handicapované už při porodu. Už v prenatálním období vnímá, když je matka v hospodě, tam je řev nebo jestli hladím bříško, povídám si s ním, sourozenci si lehají na bříško. (R5, s. 25) **ZS. PRACOVNICE:** ...vesměs děti větší, zhruba od roku až dvou plus. (R7, s. 37)

- **Okolnosti odhalení a záchytu CAN**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...mnohdy i samotní rodiče přišli. ...u zneužívání matka o všem věděla, ale pokud se jednalo o lehké sexuální zneužívání, s tím nic nedělala. Pakliže šlo o pohlavní akt, tak se dostavila. Někdy je dítě vyšetřeno na popud školy, ale s dítětem přijde matka. Nesetkala jsem se s tím, že by s dítětem přišel pouze učitel – vždy musí informovat matku. Měli jsme zde sexuální zneužití chlapce a s tím se dostavila kriminalistka s rodičem. (R1, s.1) **PSYCHOLOŽKA:** ...dostávají se ke mně přes ambulanci příjmového lékaře FN, při hospitalizaci, nebo jde o děti od obvodních pediatrů, které posílají s podezřením. Někdy se ke mně dostávají, jako k soudnímu znalci, coby kauza uchopená policií, z Klokánků nebo chráněné péče po odebrání z rodiny. ...mnohdy se ozve učitelka ze školy, že má podezření, že je žákyně zneužívaná. Ze strany pedagogů oznamovací povinnost funguje více než ze strany OSPOD. (R4, s. 16) Týrané děti mají tendenci utéct z domova, odejít k příbuzným, svěřit se babičce, upozornit na týrání jiným způsobem, třeba se svěří ve škole. ...v průběhu hospitalizace je typickým SOS, když dítě řekne „já bych radši chtěla zůstat, protože tady je spousta hraček a spousta papání“. Jsou to děti, které přijdou s diagnózou casus socialis, kde situace vůbec není podchycena, např. na operaci a CAN se náhodně zjistí. (R4, s.20) **ZS. PRACOVNICE:** ...hodně podnětů přichází ze školy. Zvláště v nižších ročnících, na prvním stupni, kdy učitelka je s nimi spousta času. Vidí, zda je dítě připravené, má pomůcky do školy, přezůvky a ostatní běžné věci. Někdy je dítě hladové, žebra o jídlo po druhých dětech, má špinavé oblečení nebo dres do tělocvičky. (R6, s.35) **VYŠETŘOVATELKA:** Nejčastěji od soc. pracovníků nebo lékařů. ...nejvíce učitelé, kteří jsou s dětmi v každodenním kontaktu a všímají si chování, reakcí. Pokud se o problému dozví prvně lékař, má ohlašovací povinnost a kontaktuje policii,

popř. OSPOD. Pokud se dítě chce svěřit, ve většině případů je to osoba, které může důvěřovat. V mých případech se poškození obraceli na školní psychology. (R9, s.51) **SOC. PRACOVNICE:** ...předškolní zařízení avizují, že k něčemu dochází – že dítě velmi často dochází s modřinami a vysvětlení rodičů se nezdá hodnověrné. Záleží, jak daná škola má nastavený systém... Když bych měla porovnat četnost oznámení ...častější je ze školských a předškolních zařízení, nebo okruhu osob v okolí dítěte než od pediatrů. Vyjímám z toho FN, která spolupracuje perfektně. ...podezření sdělují neprodleně. (R11, s. 61)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Pokud jedeme na výjezd s policií, kdy OSPOD je tak bezradný, že musí situaci nahlásit a podává návrh na rychlé předběžné opatření, kdy tam jdete se soudním vykonavatelem a odebíráte dítě okamžitě, tak ty jsou všechny šílené... (R5, s.24) Při podezření na jakékoliv krvácení je to vždy nutné odeslat do nemocnice na vyšetření, k observaci, na sledování. Totéž u jiného fyzického poškození, počínaje odeznívajícími modřinami nebo svrabem. (R5, s. 28) **ZS. PRACOVNICE:** ...jsou přivezeny soc. pracovníkem, přivezeny RZP, někdy paradoxně rodičem, který jedná, že o ničem neví. Když se zkonfrontuje mechanismus úrazu s tím, jak vypadá a jakým způsobem vznikl, tak je mnohdy velký rozdíl. Lékař jasně řekne, že takto se to stát nemohlo... Soc. pracovník je vždy informován. Někdy i dříve, než je dítě hospitalizováno, protože informuje učitelka, když přijde dítě zbité z domu... Mnohdy přijde dítě popálené. Učitelka nebo vychovatelka z družiny, která přijede s dítětem, opět informuje OSPOD a OSPOD informuje policisty. My jsme jakoby v poslední řadě, ale stále do toho vstupují články spolupráce se školou, policisty, OSPOD, s výchovným zařízením... (R7, s. 37) **VYŠETŘOVATELKA:** V mnohých případech týrání v rodině matka odvalu k oznámení nenajde, takže to v zastoupení udělají rodinní příslušníci nebo přátelé. Podnět k prověření lze na policii podat prostřednictvím soc. pracovníků nebo státního zastupitelství. Nejčastěji oznamovatelem bývá rodinný příslušník, občas oznámení přijde ze školy nebo od lékařů. Zdravotníci jsou těmi, kteří svá podezření prvotně hlásí OSPOD, což je povinnost ze zákona. Velmi dobrou spolupráci jsme měli s neziskovými organizacemi, konkrétně s pobočkou FOD v Ostravě. Často jsme společně některé případy konzultovali, zda je vhodné věc předat kšetření policii... (R8, s.46) Ne vždy se musí jednat o dlouhodobé týrání, zranění může být následkem jednorázově vyhocené situace, ale také se může jednat o úraz bez cizího zavinění. To vše je na dokazování policie. (R8, s. 47) **SOC. PRACOVNICE:** Určitě se více o CAN mluví, více je detekován. ...nebyla žádná evidence v rámci OSPOD. Od roku 1994 to v celostátních statistikách o výkonu SPO je... Více se začíná popisovat a vypořá-

dávat s jevem psychického týrání – v souvislosti s domácím násilím... Dnes už víme, že tyhle děti jsou jednoznačně psychicky týrané a děláme vše pro podporu a ochranu ohrožených osob ať už to jsou děti nebo jejich matky. (R10, s.56) Pokud najdeme dítě v terénu nebo máme signály, které se potvrdí, tak zařizuje příjem v nemocnici OSPOD v rámci běžné pracovní doby i v rámci pohotovosti. Pokud zjistí problém u rodičky v porodnici, mají své vlastní soc. pracovníky a ti nás kontaktují. (R10, s.57)

- **Obtížnost diagnostiky**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: Zde se jedná o případy nerozpoznané... bolesti břicha, zvracení, bolesti hlavy. ...děti tzv. somatizují, převádí stesky do organických potíží. (R1, s. 3) **PSYCHOLOŽKA:** Ve věku 10-12 let výše je schopnost dítěte vyhodnotit situaci pro sebe jako kritickou pravděpodobná. Při psychologickém vyšetření se může ukázat, že se nejedná o poruchu chování nebo psychiatrické onemocnění, ale že se jedná o týrané dítě, které se chová zvláště. Někdy si někdo všimne příznaků, dítě řekne pravdu kamarádům, spoléhá, že některý to řekne učitelce. Jsou to věci dvousečné. Učitelka si zavolá rodiče a rodiče dítě následně doma opět zbijí. (R4, s. 20) **ZS. PRACOVNICE:** Pokud OSPOD pracuje s rodinou, když se jedná o školní dítě, vždy mají zprávu ze školy. Např. vyjádření, že v posledním půlroce se dítě výrazně zhoršilo. ...zjistíme problém zdravotní a vše do sebe zapadá. Psycholožka souvislosti dá dohromady a vyplyne konkrétní problém. ...před půl rokem si matka přivedla nového partnera. (R6, s.35)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ OS: ...pokud máme podezření, používáme dotazník. Povinné je vyplnění údajů, kdy rodiče uvádí, jakým způsobem k traumatu došlo. Nikdy od nás nedostávají informace o tom, že se nám mechanismus úrazu nelíbí nebo, že nám není úplně jasný. ...na začátku napíšu svoji verzi tak, aby nebylo možno se zpětnou platností s tvrzením rodičů jakkoliv manipulovat. (R2, s.7)

Kategorie: SPECIFIKA DETEKCE A DIAGNOSTIKY – charakterizována kódy: význam sociální pediatrie v oblasti PLDD/vnímaná kvalita spolupráce, obavy PLDD z ohlašovací povinnosti – možné důvody, tzv. latentní kriminalita, vliv společnosti na nárůst problematiky/důsledky na život dítěte

Dle respondentů souhra rizikových faktorů jak na úrovni rodiny, tak společnosti, tvoří nejvýznamnější riziko poškozování vývoje dětí. Dle respondentů sehrává často roli pasivita nejbližšího okolí dítěte – včasná identifikace ohrožení je přitom základním předpokladem,

otevřajícím možnost řešení krizové situace dítěte. Shodují se na důležitosti depistáže ohrožených dětí ze strany PLDD, nezbytnosti preventivní a dispenzární péče. Těžiště péče by mělo spočívat v ambulantní praxi kontinuálně směrem z terénu na základě přímých žádostí rozhodujících institucí a směrem do terénu návštěvami a šetřením v rodinách, kdy může být poskytnuta adekvátní přímá pomoc a terapie. Dle respondentek z řad OSPOD se v některých případech dostává ohroženým dětem nezbytné pomoci pozdě, a to v důsledku pozdního oznámení situace dítěte ze strany PLDD. Vyslovení podezření je chápáno jako projev osobní statečnosti lékaře – vyvstávají pro něj další povinnosti, kdy je vyzván vyšetřovatelem a soudem k výpovědi. Současně si může být vědom, že svým postojem se vystavuje kritice a pomluvám rodičů dítěte, popř. určité části laické veřejnosti.

- **Význam sociální pediatrie v oblasti PLDD/vnímaná kvalita spolupráce**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: PLDD se musí zajímat nejen o dítě, ale také o jeho školu, rodinu nebo kde bydlí. Pokud ke mně pediatr/praktik pošle dítě na vyšetření a chce po mně hospitalizaci z důvodu každodenních teplot a já během chvílky zjistím, že dítěti zemřela učitelka, že ho přeřadili do jiné školy a v té jiné škole je nešťastný, tak něco není v pořádku. Jsem schopna to zjistit během deseti minut tím, že do toho chci proniknout a nechci zbytečně hospitalizovat děti, které to vůbec nepotřebují... Nelze to paušalizovat, ale takových případů mám nespočetně. Nastává otázka, jestli si někdo neměl s dítětem sednout dříve přede mnou a neměl to „dovyšetřit“. (R1, s. 3) **LÉKAŘ2:** ...je to gró jejich práce. Ti by vždy měli zasahovat první. (R3, s.14) Mělo by být v zájmu těch lékařů, aby CAN řešili. (R3, s.14) Z terénu jsou známy tragické brněnské případy, kdy pediatr hlásil krizovou situaci OSPOD a přesto se nic nedělo. ...vše nakonec „shodili“ na soc. pracovníci. Ten případ znám pouze z médií. Těžko hodnotit, jestli podcenila situaci nebo měla jiné starosti. ...v medicíně stačí krok vedle a je všechno špatně. Já tomu selhání i rozumím, ale když si všechno hlídáte, tak se tohle stát nemůže. (R3, s.14) **ZS. PRACOVNICE:** ...praktičtí pediatři mají státem nakázáno očkování. Ale jak jsme teď viděli v jednom případě - soud rozhodl, že rodiče nemusí nechat očkovat... Pediatři si zvou k pravidelným kontrolám, které mají stanovené v určitých věkových kategoriích a pokud jim dítě nepřijde, záleží na pečlivosti daného pediatra, aby využil návštěvní služby. Pokud ví, že péče je v rodině hraniční, může si je častěji zvát na kontroly, více se zajímá ...i prohlídka je celkově pečlivější než když přijde jen dítě s nachlazením. Mají možnosti a myslím si, že toho využívají. Pokud potřebujeme dítě sledovat už jen ze zdravotního hlediska, např. při zavedené stomii, vždy žádáme a podáváme zprávu. Tohle funguje. (R6, s. 35)

VYŠETŘOVATELKA: Součinnost s lékaři hodnotím velmi kladně. Jestliže mají podezření, skutečnost nahlásí. Zasílají lékařskou zprávu s popisem případného zranění nebo jinými konkrétními příznaky. Někteří se obrátí na OSPOD a ten nás následně informuje. (R9, s. 51-52) **SOC. PRACOVNICE:** Je zde poliklinika nebo zdravotnické zařízení ambulantního typu, které sdružuje více pediatrů. A samozřejmě privátní dětské lékaři. Je dost obtížné od nich získat informace. ...velmi záleží na osobní odvaze každého jednotlivého pediatra. (R11, s.61) Když žádáte o zprávu, tak lékař vám řekne osobně spoustu věcí, ale v písemné zprávě není nic ze sděleného. Takže informace sice máme, ale nemůžeme s tím naložit nijak, pokud ve zprávě soudu tyto informace nepodá. ...ve speciálně vyhraněných případech, si myslím, že celkem není problém. Stává se to pouze jednotlivě. Vzpomínám na kauzu, kterou jsme měli s dětskou privátní psychiatrickou, která věděla o tom, že na dítě někdo ne zrovna vhodně sahá – celé tři měsíce si to nechala pro sebe... Nejenže to neoznámila policii, což je na její trestní stíhání, ale ani nám. Občas se stanou takové excesy a jsou to věci, kterým nerozumím proč se tak dějí. Opět se nedá paušalizovat, že by všichni byli takoví... (R11, s. 68)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: Někteří pediatři v terénu – našťastí zanedbatelné promile, jsou tací, že si valné starosti nedělají. Což by mělo být postižitelné. Chybu můžeme udělat všichni, ale raději vždy nahlásím, byť by se to prokázalo jako neopodstatněné, než abych to neudělal vůbec, a dítě následně trpělo nebo zemřelo, protože mně se zdálo, že je vše v pořádku. (R7, s. 38) Co se týče ostatních pediatrů v terénu, tak spolupracují. ...pokud ošetřující lékař uzná, že by bylo vhodné informovat obvodního pediatra, děje se to buď přes sociální sestru, nebo napíše do propouštěcí zprávy, že jde domů v určitém termínu a je potřeba zvýšená péče nebo minimálně pozornost. Ještě se nestalo, že by mi to pediatr tzv. „hodil na hlavu“. ...jsou vstřícní. (R7, s. 38) **SOC. PRACOVNICE:** ...vnímám z referencí ostatních kolegů jako metodický pracovník, že spolupráce je dobrá. Jsou určité rezervy. Nicméně obecně bych řekla, že v Ostravě je pediatrická síť velice dobrá a spolupráce s OSPOD tradiční. Ať již v konkrétní terénní práci nebo ať se to týká spolupráce v odborných seminářích, konferencích a systémové spolupráce. U lékařů může být někdy motivem pro neohlášení podezření obava nebo časové zaneprázdnění. ...v privátní sféře mají spoustu vedlejších činností, které zajišťují chod ordinace, proto nemusí za tím být nedbalost, ale naprostý nedostatek časového prostoru pečlivě se vypořádat s každým případem. ...neupírala bych jim základní zodpovědnost za zdraví dítěte, ale skutečně se přihodilo, že lékařka byla trestně stíhaná za to, že věděla o týrání dítěte a teprve po roce

upozornila sociálku, aby se šla do rodiny podívat... Sociální pracovnice rodinu navštívila a dítě odnesla v náručí. ...bylo následně umístěno do kojeneckého ústavu. (R10, s. 57)

- **Obavy PLDD z ohlašovací povinnosti – možné důvody**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: Osobně jsem byl kvůli svědecké výpovědi dvakrát u soudu. (R3, s. 12) Pokud máte jasné nálezy patologické, např. fraktury, tak je možné vyslovit podezření. Na druhou stranu musíte brát ohled na rodinu dítěte. Jestliže podáte tzv. falešné obvinění, kdy rodiče obviníte z něčeho, co neudělali, tak je to v současné době riziko. (R3, s.12) ...lékař z vesnice řekne „ano, já o tom vím, ale já si tady nic takového nemůžu dovolit“. Kdežto ve městě to bude jiná situace. V Praze to bude úplně extrémní – tam anonymita je taková, že lékař si to oznámit zkrátka dovolí. Respektive, může si to dovolit. (R3, s. 14) ...pokud někoho obviníte neprávem, tak lékař na vesnici je v současnosti, kdy média útočí takovým způsobem, znemožněný. Jakmile přestane mít klienty, tak se může rovnou odstěhovat. Já jsem přece jen v pozici nemocničního lékaře. (R3, s.14-15)

PSYCHOLOŽKA: Někteří pediatři od toho ruce dávají pryč, protože v dnešní době je to o tom, že rodiče chodí dobrovolně a pokud jste pediatr, který poukazuje na nedostatky v péči, tak matka se přihlásí jinam, kde bude péče „v pořádku“ a lékař ztrácí klienty. ...současnost je v tomto ohledu horší než minulost, ...sice jsme všichni informovaní, ale ne každý použije svoji moc, možnost či povinnost hlásit. Je to o osobní statečnosti. Následně se zpravidla po vás ještě všechno tzv. svezí, protože si všechno musíte obhájit u soudů a navíc jste za doktora, který „práská“ matky, kvůli tomu, že s ní řešíte modřiny dětí. ...matka jednoduše odejde a ještě řekne jiným „tam nechod“, to je hrozná ženská“. (R4, s. 19)

ZS. PRACOVNICE: ...vždy v terénu dojde k pochybení, problém se dlouho bagatelizuje. Osobně mám velmi dobrou spolupráci se zdejšími lékaři, velice hodnotím jejich práci, ale myslím si, že i oni v těchto případech nechtějí rodinu viktimizovat ani nechat stíhat. (R6, s. 30)

SOC. PRACOVNICE: ...mají velký blok vše oznamovat ven. ...spousta se to snaží řešit komunikací s rodičem, proto bych nechtěla jejich přístup odsuzovat. ...spíše hodně dlouho otálejí, opakovanou intervenci dělají dlouho a teprve až je to opravdu hodně hraniční, tak se rozhodují, jestli OSPOD oznámí. Tam je nějaká doba, kdy už by se vše mohlo za dřívějšího oznámení dohlížet z naší strany, ale pediatr si podezření nechává sám pro sebe a řeší si vše sám. Což není úplně špatné, může dávat rodiči zpětnou vazbu z odborného pohledu, který já jako nelékař nemůžu mít. ...dítě může poslat na vyšetření, může jít do dané domácnosti, aby si udělal náhled, jestli to bude spíše výživou a prostředím...

Máme pediatry, kteří zavolají, to je super spolupráce... Udělají kus práce a záleží individuálně na každém pediatrovi, jak to má uchopené. ...záleží kolik má pacientů, jak je zaneprázdněn, ale spoustu věcí si řeší v rámci spolupráce s pacientem a jeho rodinou a až hraniční věci, které jsou za nějakou jeho vyznačenou mez, teprve oznámí. ...kdybychom mohli zaintervenovat dříve, tak by to mnohdy nemuselo dopadat až tak špatně pro dítě. Když je to následně hodně vyhocené, tak zvažujeme, jestli vůbec může v rodině dítě zůstat. Ta pomoc se tam dala posunout dřív, dala se tam vsunout nezisková organizace, která mohla v rodině pomáhat ať už s čímkoliv. (R11, s.63-64)

- **Tzv. latentní kriminalita**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: Dříve se všechno tzv. tutlalo... zůstávalo uvnitř rodiny. ...i v současné době je to o uzavřenosti těchto rodin.“ (R3, s. 15)

PSYCHOLOŽKA: To, co probíhá v rodinách, kde jsou děti poškozovány citově, trpí podvýživou, ale nepotřebují lékařskou pomoc, vůbec nevidím. Vidím je pouze v rámci znaleckých posudků. (R4, s. 16) Není to o fyzických trestech, ale o nezájmu rodičů. Jedním z největších faktorů je citová deprivace, kdy je dítě ponecháno samo sobě – u počítače, na sociálních sítích. (R4, s.20) **VYŠETŘOVATELKA:** Existuje mnoho případů, které nebyly oznámeny policii. ...kdy se dítě nikdy nikomu nesvěří. Po fyziologické stránce nemusí být ani viditelné, že by mohlo být jakkoliv týráno. (R9, s.51)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Ti lidé nemají povinnost chodit k lékaři, spousta dětí se rodí doma. Než se na to přijde, tak je mnohdy pozdě. (R5, s.24)

...jak na to přijdete, když rodina má pro dítě oblečení, neleží na zemi, většinou ví, že tam přijde někdo. To je to zanedbávání, které nevidíte, až když přijde dítě do nemocnice kachektické nebo až když ho rodič uhodí a jsou vidět příznaky. (R5, s.26-27)

VYŠETŘOVATELKA: Nejčastěji se setkáváme s týráním dětí, které se odehrává v rodině. A tady mohou být formy týrání natolik sofistikované, že odhalení je velice obtížné. ...složitější je to pro policisty, obzvlášť tehdy, kdy chybí důkazy. (R8, s.45-46)

5.5 OBLAST – SPOLUPRÁCE INTERDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

Kategorie: INTERVENČNÍ STRATEGIE – je charakterizována kódy: *strategie KI – systém zahájení interdisciplinární spolupráce, zásah do práv rodičů - předběžné opatření, důležitost včasnosti zásahu OSPOD (zdravotní versus sociální indikace), úskalí ko-*

munikace interventů s rodiči dětí/kontakt rodičů s dítětem, princip psychologické pomoci dítěti, zvláštnosti výslechu dítěte, hodnocení funkčnosti SVI

Ohlášením podezření na špatné zacházení s dítětem je zahájen diagnostický proces, ve kterém je nutné potvrdit, zda jde o CAN, přesněji upřesnit druh poškození a jeho rozsah. V každém ohlášeném případě je postupováno tak, aby nedošlo k bagatelizaci symptomů CAN, ale současně, aby nebyly vyvozovány příliš unáhlené/nesprávné závěry. Interdisciplinární spolupráce probíhá v rámci SVI. Hlavním zdrojem dat a informací jsou pro SVI Policie ČR a obecní policie, odpovědnost za správu informačního systému SVI nese místně příslušný OSPOD. Pravidla vkládání informací, nakládání s nimi a jejich poskytování jiným subjektům jsou plně v režimu zákona o SPOD. Zásadním východiskem pro systematickou a aktivní péči je analýza všech dostupných informací. Mimořádně složité je především řešení situací, kdy je dominantní trestně-právní odpovědnost při řešení problému. Volba strategie a cílů KI (sociálně-právní postupy a další opatření) probíhá v souladu s léčebně-terapeutickým plánem. V této fázi je důležité navázání bezpečného vztahu dítěte s ošetřovatelským personálem a interventy. Za nejpodstatnější vidí respondenti etický přístup ke klientovi. Děti samy mají často snahu týrání popírat nebo je minimalizovat – často ve snaze chránit rodiče, k nimž mají i přes negativní zkušenost silný vztah. O tom, jak závažné psychické trauma dítě utrpělo, záleží na jedné době trvání, rozsahu, formě a intenzitě týrání. Znalecké posouzení dětským klinickým psychologem bývá všestranné, mnohdy je dodatečně provedeno vyšetření pedopsychiatrem. Je záležitostí soudu, jaká váha bude vypracovanému posudku v kontextu dalších důkazů, přikládána. Výslech dítěte probíhá vždy za přítomnosti vyšetřovatele a psychologa způsobem, aby psychika dítěte nebyla narušena. Výslech lze realizovat přímo ve zdravotnickém zařízení. Obzvláště závažným se jeví malý časový prostor k řešení situace dítěte – jestliže nejsou závažné zdravotní indikace k hospitalizaci a ze strany OSPOD není podán návrh na vydání předběžného opatření, dle platných zákonných norem jsou lékaři nuceni zákonnému zástupci – trvá-li na propuštění dítěte – dítě vydat zpět do jeho péče. Vše závisí na rychlém zásahu OSPOD.

• **Strategie KI – systém zahájení interdisciplinární spolupráce**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...moje práce spočívá v tom je podchytit, okamžitě předat psychologovi, pedopsychiatrovi a soc. pracovníkům. ...nikdy dítě nenechat bez pomoci. ...vím, že se o vše postarají. (R1, s. 2) **LÉKAŘ2:** ...soc. šetření je vždy součástí péče... Spolupráce funguje promptně ze strany zdrav.-soc. pracovnice, rovněž s krajským úřadem není zpravidla problém. Naše soc. pracovnice většinou vše zajistí a vyřizuje

sama. Pouze pokud se dostaví na odd. policie, pak u toho musím být přítomen, popř. přijímací lékař. (R3, s. 12) **PSYCHOLOŽKA:** Vždy když mám pochybnosti nebo existují známky zneužívání a týrání, tak se obracím na soc. pracovníci ve FNOL a vše prvotně konzultuji s ní. ...osobně nemám možnost vědět určité věci, vždy o kauze ví víc, pokud je rodina sledována OSPOD. ...je schopna mi vše zjistit, že se informuje spádově a dokáže zajistit právní záležitosti. ...obvykle volám ihned i dětského pedopsychiatra, který provede psychiatrické vyšetření. Soc. pracovnice po další konzultaci se mnou a pedopsychiatrem postupuje kauzu dál v rámci daného trestního řízení. (R4, s.16-17) Mnohdy sestra na noční službě je první člověk, kterému se dítě svěří, když nemůže spát... Pokud mi ráno, než odejde ze služby, řekne, co se událo, vezmu dítě ihned k sobě. ...můžeme na materiál navázat. (R4, s. 17-18) Vše se musí ošetřit dle jednotlivé kauzy a vždy záleží na věku dítěte. ...s malými dětmi je vše celkově daleko víc náročné. Starší děti jsou schopné počkat do rána, malé děti nepočkají. V noci jsou v cizím prostředí - vůbec nechápu proč jsou v nemocnici. Pro ně je to trest a chtějí jít domů... ...chtějí své týrající rodiče. (R4, s. 18) **ZS. PRACOVNICE:** ...máme vypracovanou směrnici... Musí mi vše hlásit do mé elektronické podatelny (u telefonického ohlášení nelze zpětně ověřit a nebudeme se přít), aby bylo dokladovatelné, kdy mi případ přesně hlásili. Na základě toho zahajuju a osobně jednám s lékařem, psychologem, příp. s jinými odborníky... (R6, s. 31) ...necháme uzavřít psychologická vyšetření, nebo už lékař rozhodl a zadá požadavek psychologovi k prošetření, nebo už je i dítě vyšetřeno. Jde to návazně. Někdy vyčkáme na CT, magnetickou rezonanci, vyšetření krve, toxikologii, co by vše podložilo. (R6, s. 32) Pro mne jsou cenné podklady jak od lékaře, tak především od psycholožky... Nemáme konkrétní údaje a potřebovali bychom se dostat hlouběji do struktury rodiny... ...řeknu jí to, co vím, aby ode mne měla potřebné podklady. Aby věděla, na co se zaměřit u daného dítěte. ...spolupráce bývá vždy plánovitá. Řešení je však akční, protože se jedná o čas, kdy nám dítě přivezou a my něco zjistíme. (R6, s. 32-33) Důležité je okamžitě zabránit dalšímu poškozování dítěte, ochránit jej. Jestliže je máme v nemocnici, je ochráněno, ale my ho musíme ochránit tak, aby se nedostalo k agresorovi. Tzn. hospitalizovat dítě ze zdravotního důvodu, aby bylo vydáno předběžné opatření... (R6, s. 34-35) **SOC. PRACOVNICE:** Vždy musí být zákonný zástupce dítěte zpraven o tom, že dítě je přijato do zdr. zařízení. V případě podezření, že v rodině cokoliv nefunguje, OSPOD je vždy kontaktován a prošetřuje. Vždy už víme, zda je v evidenci OSPOD z dřívější doby, zda jsou tam zádrhely nebo se jedná o ojedinělý exces. ...nikdy to „nevyšumí“, věnujeme se tomu dále. (R11, 57-58) ...záleží, v jaké intenzitě,

režimu případ je (hospitalizace kvůli špatnému zacházení, nebo nedostatečnému stravování). Nemocnice má z hlediska trestního zákoníku povinnosti, oznamuje i orgánům činným v trestním řízení - vše ve své podstatě činíme společně. Buď jsme první, kteří jsme informováni, tudíž kontaktujeme policii nebo zdr. zařízení, zda už vše oznámili policii. Tzn. vše se ověří, jestli jsou informovány všechny tři složky, které by vše vědět měly a pak velice záleží na šetření policie. (R11, s. 62)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...případ ihned hlásíme jak na policii, tak na soc. pracovnice. (R2, s.7) Policie vždy přijede, provede výslech a šetření. (R2, s. 6) **ZS. PRACOVNICE:** Vznikne-li podezření, byť by bylo liché, na příjmové ambulanci vezmou telefon a zavolají mi... ...jdu na ambulanci, kde řeknu vše, co je potřebné i ohledně dalšího postupu. OSPOD neprodleně kontaktuji osobně. Lékař kontaktuje policisty... (R7, s. 38) Policisté zdokumentují úraz fotograficky a provedou zápis. ...dotyčného podrobí výslechu, aby bylo vše jasné. Lékař spolu se soc. pracovníkem vytvoří startovací čáru, předá informaci policistovi, který zhodnotí uvedený popis.... (R7, s. 37) U nás pravomoc není rozhodující, nemůžeme nikoho držet – ani dospělého ani dítě. Pokud lékař uzná, že dítě je ohroženo na zdraví, potažmo na životě (ale nebývají to takové hraniční situace), nevezme si na zodpovědnost to, že dítě nebylo vyšetřeno standardně, tak jak by mělo být, tak dítě prostě nepustí a vždy jsme v kontaktu s OSPOD. Tam je „páka“ na rodiče. (R7, s. 39) **VYŠETŘOVATELKA:** Policie nemá prostor k úvahám, zda oznámení přijmout, jsme povinni věc šetřit z úřední povinnosti. V průběhu prověřování informace a důkazy průběžně hodnotíme a na základě toho jsme schopni dojít k závěru, zda došlo k trestnému činu a postupovat dle zákona. ...věc např. odložit nebo postoupit k vyřízení jinému kompetentnímu orgánu. ...jsme v kontaktu s ošetřujícím lékařem, který nás informuje o stavu dítěte příp. sdělí skutečnosti, které vplynuly z vyšetření. ...je pro nás důležitá spolupráce s OSPOD, který může mít zásadní informace z předchozí intervence v rodině. ...je zapotřebí zajistit svědectví. Stopy se zajišťují ve spolupráci se zdr. zařízením. ...zranění je zapotřebí popsat, vyfotografovat, někdy je zapotřebí odběr biologického materiálu ke srovnání. (R8, s. 47) Jedná-li se o děti mladší 15ti let, musí být sociální pracovník informován, případně účasten při úkonech policie ze zákona. ...v určité fázi do případu vstoupí na podnět lékaře či policie. (R8, s. 47) **SOC. PRACOVNICE:** Zásadní omezení rodičovské zodpovědnosti je vždy věcí soudu, my jsme povinni podávat návrhy, podněty. (R10, s. 60)

- **Zásah do práv rodičů - předběžné opatření**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: Jedná se o kompetence OSPOD, který podává podnět soudu. ...nemůžeme nahrazovat jejich kompetence. (R6, s. 33) Existují-li důvody k hospitalizaci, lékař vždy oznámí, že dítě bude hospitalizováno ještě 2 až 3 dny. Mám omezen prostor tím, zda existují důvody ke zdravotní hospitalizaci. Pokud lékař řekne, že nemá důvod dítě hospitalizovat, např. kdy učitelka zaznamenala obrovské podlitiny, zavolala policii a OSPOD a ti přivezli dítě ze školy k nám. ...dítě bylo hospitalizováno jen za účelem diagnostikování a vyšetření. Byly to „jen“ povrchové podlitiny, ovšem takového typu, že si je nemohlo způsobit samo, i když tvrdilo, že spadlo z kola... Důvody k hospitalizaci tam nejsou a rodiče se domáhají propuštění. Někdy se rodiče ani neukážou a my je musíme vyzývat, aby se dostavili. Jsou si vědomi, mají obavy. Pak se čeká na rozhodnutí soudu, zda předběžné opatření vystaví nebo ne... Soc. pracovník OSPOD se za dítětem dostavit nemusí, je v kontaktu se mnou. Dávám jim veškeré podklady. (R6, s. 34)

VYŠETŘOVATELKA: Návrh je v kompetenci OSPOD, který je podán k soudu a následně je součástí našeho spisového materiálu. (R9, s. 51) **SOC. PRACOVNICE:** Většinou je to řešení, když zajišťujete dítě a máte minimum informací. ...když to policii nahlásíme, stojíme o sdělení, kdo je podezřelý. ...to je nejčastěji jediný důkaz, kdy odůvodňujeme rychlé p.o., když není jiné řešení a navrhujeme svěřit dítě do péče někoho jiného nebo zařízení. ...pokud to není nutné, tak „rychlé p.o.“ nevyužíváme, snažíme se, aby rodiče nebo obviněný rodič na to nahlédl a dohodl se s širší rodinou u koho dítě bude. Uzavírá se mimosoudní dohoda a dává se tzv. pomalé p.o. sedmidenní, že není potřeba řešit ihned. Jsou situace, kdy to musíte řešit o víkendu... Služby máme nepřetržitě 24 hodin denně 364 dnů v roce na mobilu, vždy slouží 1 týden jeden pracovník. ...ve vypjatých situacích máme zavedenou kolektivní poradenskou práci.. ...když se cokoliv přihodí, je k dispozici vedoucí OSPOD... Pokud to má vyústit v p.o., tak se snažíme to takto zajistit. ...většinou díky tomu, že ZPVOP může mít dítě 48 hodin a 24 hodin bez souhlasu, který získáváte, v poslední době není nutné p.o. dělat o víkendu. V tom čase se dostaneme k tomu, že to na soud můžeme dát v pondělí ráno... Každopádně dítě zajistíme. (R5, s. 65-66)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Pokud v terénu OSPOD objeví takové dítě, nebo pracuje s rodinou a situace dospěla do situace, která je neúnosná a rodina nespolupracuje – vydává se zpravidla okamžité p.o., do 24 hodin. K velmi malým dětem musí vyjíždět zdravotník, já coby psycholog, soc. pracovník OSPOD a soudní vykonavatel. ...rodiče nám buď otevrou nebo neotevrou. Soc. pracovník společně se soudním vykonavatelem předají p.o., zeptáme rodičů se, kde je dítě, vysvětlíme jim, že dítě nyní na zá-

kladě předběžného opatření vezmeme a kde bude. ...provedeme vyšetření a buď se vrací do rodiny, nebo p.o. přejde k nařízení ústavní výchovy. (R5, s. 28) **VYŠETŘOVATELKA:** Existuje-li podezření a rodiče se za každou cenu snaží dítě vrátit zpět do rodiny, tak aby zakryli stopy, zabránili svědectví, nebo jej ovlivnili manipulací, pak záleží na rychlé spolupráci mezi lékařem, policií, OSPOD, případně soudem. V součinnosti s policií může soc. pracovník, je-li to v nejlepším zájmu dítěte, podat návrh na p.o., které následně vydá soud. (R8, s.48) **SOC. PRACOVNICE:** Zákon říká bezodkladně nejdéle do 24 hodin. ...když potřebujeme a kontaktujeme soudce, je to mnohdy rychleji než za 24 hodin. Spolupráce se soudem je dobrá, stejně tak se zařízeními, do kterých děti umísťujeme. Máme to dobře ošetřené. (R10, s. 58) V případě, kdy to nutné není, jedná-li se o jednorázové selhání, pak dojednáme podmínky i s rodinou a rodina je ve sledování. (R10, s. 57)

- **Důležitost včasnosti zásahu OSPOD (zdravotní versus sociální indikace)**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: ...dítě není indikováno k hospitalizaci, má např. „pouze“ rozsáhlé podlitiny. Dítě bychom měli propustit... Jedná se o čas. Přijdou rodiče a lékař je povinen je informovat o zdravotním stavu. Rodiče se dotazují, proč tady jejich dítě je: „my ho potřebujeme domů“... Náš zákon je nedokonalý, já ho nezměním. Jestliže dám podnět OSPOD a napíšu mu dané indicie, je sepsaný záznam o úrazu... Pošlu v 10.00 ráno a v 15.00 hodin dosud nebyli na soudu podnět podat. Oni to podali v 16.00, takže do příštího dne do 16.00 hodin má soud čas... Jestliže mezitím rodiče trvají na propuštění dítěte, tak už nedělám „hurá akce“, kdy bych zašla za lékařem a prosila jej, aby delší hospitalizaci jakkoli zdůvodnil např. dalším nutným vyšetřením... Soudkyně má podklady na základě kterých jedná k dispozici, nezjišťuje další, vždy má argumenty pečlivě zdokumentované od soc. pracovnice z úřadu, která s rodinou už někdy pracovala a má indicie. ...proč bych nemohla mít opatření během pár hodin, ještě ten den? Využívají někdy skutečně limit 24 hodin. Nezbyvá nám nic jiného, než propustit dítě do domácí péče rodičům. Teprve následně tam jedou se soudním vykonavatelem a za akčních podmínek odebírají dítě. Jeden rodič nám zde nadával, vyhrožoval napadením, byl agresivní tak, že jsme byli nuceni volat ochranku, pak se volala i policie, protože se domáhal dítěte. (R6, s. 32-33) **SOC. PRACOVNICE:** ...jedná se o vypjatou situaci a tam se vždy snažíme zkomunikovat se zdr. zařízením, aby to postavilo tak, že dítě domů nemůže vzhledem ke zdravotnímu stavu. Pak je otázka reverzu. ...je to na naší rychlé reakci... Máme vlastní tzv. pohotovost, takže nám to nějakým způsobem sdělí a rozjede se samotný proces. Takže to chce

mluvit s rodiči, žádáme, aby je pozdrželi... ..ihned přijíždíme a promluvíme s nimi. Snažíme se je vést k tomu, aby dítě ve zdr. zařízení ponechali a pokud by to nedopadlo, pak bychom museli zvolit předběžné opatření. ...to už mluvíme o situaci, kdy je konkrétní podezření na týrání a policie už to ví. ...už ji do toho zaangažujeme, když rodina bydlí na vesnici, tak tam s ní zajedeme. (R5, s. 65-66) V těch vypjatých situacích se snažíme, aby byli dva kolegové, vyjíždí-li tam někdo od nás. ...většinou v doprovodu policie, coby jakési záštity. Rodiče nemůžou p.o. odmítnout. Soud vydá rozhodnutí - rychlé p.o. je účinné vyhlášením. Tam se můžou odvolat, ale vykonatelné je dnem, kdy se vyhlásí. ...soudní vykonatel vyjíždí s policií a s námi... (R5, s. 66)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Šanci prodloužit hospitalizaci máme v případě, že existují důvody zdravotní. Pokud zdravotní indikace neexistuje a z hlediska sociální problematiky není prostřednictvím OSPOD vyřčen zákaz vydání dítěte do domácí péče, tak dítě musíme propustit. ...vždy využijeme všechny zákonné možnosti, např. v případě jakéhokoliv traumatu je povinná observace 72 hodin k vyloučení komplikací. Ze zdravotního hlediska si vše hlídáme, ale z jiných hledisek možnosti nejsou. Sociální hospitalizace jako taková neexistuje. (R2, s.6-7) **ZS. PRACOVNICE:**...vše se zapisuje do dokumentace. Jestliže dítě jde jinam než zpět do rodiny, musí být vždy rozhodnutí OSPOD doloženo a ošetřeno, aby se neudělal protiprávní krok... (R7, s. 38) Prostor je daný tím, že je dobrá spolupráce s lékaři. ...pokud vím, že soc. pracovník v terénu potřebuje čas na to, aby byl schopen prošetřit poměry, udělat rozhovor s matkou, napsat návrh na předběžné opatření, vždy je prostor na to, aby se dítě nechalo do vyřešení situace v režimu hospitalizace. ...v případě, kdyby situace byla hodně vyhrocená, vždy spolupracujeme s OSPOD a je-li to oprávněné, tak je vždy „páka“ ze strany státu... ..systémy se musí navzájem sobě přizpůsobit, sociálně-právní systém a zdravotnický systém. To, jak mezi sebou „komunikují“, nemá s dítětem nic společného – dítě prostě musí být zajištěno (R7, s. 41)

- **Úskalí komunikace interventů s rodiči dětí/kontakt rodičů s dítětem**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...kde si nejsem jistá, lehce dotazem naznačím. Vždy je to bráno jako těžká opozice a reakce rodičů je „ne“. V této situaci vše předám psychologovi a de facto to přenechávám jinému specialistovi. Tam, kde jsem si jistá, že je dítě jednoznačně týrané, se mi nikdy nestalo, že bych měla konflikt s rodinou. Naopak rodič byl rád, že se s tím bude něco dělat. I tam, kde byl na vině sám, i u fyzického týrání, si jakoby oddychnou a jsou rádi, že „černá můra“ je za nimi, když chtěli v týrání pokračovat.

(R1, s.2) **PSYCHOLOŽKA:** Dítě za dobu hospitalizace má možnost být ve spojení např. přes internet, ale pokud se jedná o trestní věc, tak samozřejmě ne. (R4, s. 18) Pracujeme kontinuálně se sestřičkami... vysvětlím, čemu by se v daném případě měly snažit vyvarovat, kdy hrozí vážné nebezpečí. ...pokud dítě má zákaz styku s rodiči, nesmí nikoho vypouštět a dítě nemůže bez dozoru opustit oddělení, nemělo by mít telefonáty s rodinou. To je situace, když dítě přivezou policisté. V FN byl zaveden systém, kdy rodiče dostanou přístupový kód, který musí nahlásit při telefonické konzultaci se sestrou nebo doktorem. Znájí jej pouze rodiče – po jeho nahlášení mohou získat informaci. Jinak to není možné. (R4, s. 21) **SOC. PRACOVNICE:** Když dítě skončí v nemocnici, tak se snažíme prarodiče vzít na návštěvy... Když navštěvují rodiče, vždy prosíme, aby byl přítomen personál, protože nevíme, co dítěti navykládají, co má a nemá říkat. Ale to nejde vždy, víme jak jsou zdravotníci pracovně vytížení a kolik jich tam je, ale není to tak, že by jsme stáli před místnostmi a komandovali „nikoho tam nevpuštějte“, to rozhodně ne... (R11, 67-68)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Někdy jsou rodiče hrubí a agresivní. Někdy se brání, někdy jsou také rádi. ...případ od případu. (R5, s. 28) **ZS. PRACOVNICE:** ...nemůžu říct za celou dobu, že by se to vyhrotilo tak, že by se lékaři a rodiče „přetahovali“ o dítě. ...rodič vesměs, když už sem přichází, a je-li podezření, že agresorem je on, v takovém stadiu, kdy má tzv. máslo na hlavě, málokdy se projevuje agresivně nebo nesmlouvavě ve smyslu „dejte mi dítě, já se nebudu s vámi o ničem bavit“. (R7, s. 39) Dokud nedostanu od OSPOD černé na bílém, že může podezřelý z týrání přijít za dítětem, tak nedovolím, aby dítě navštívil, byť se na dotyčného musím dívat jako na nevinného. Sice na sebe беру určité riziko, ale jsem ochotná to do dokumentace napsat, i za cenu, že by mi někdo dal „přes prsty“. ...dítě potřebuje svůj klid, potřebuje si vše v sobě zpracovat. (R7, s.42) **SOC. PRACOVNICE:** Zákaz komunikace rodičů s dítětem za hospitalizace může zajistit výhradně soud. OSPOD může doporučit. ...že bychom striktně zakázali „vy nemůžete za svým dítětem“, k tomu kompetence nemáme. To vyjádří soud v předběžném opatření. Když už je dítě umístěno předběžným opatřením do zařízení, tak ústav sám je kompetentní rozhodnout, kdy rodič za dítětem může a kdy nemůže. ...kde je evidentně dítě týrané, tak tam příliš naklonění návštěvám nejsou. ...je to i po dohodě s odborníkem, psychology, to už není ani na rozhodnutí jednoho člověka... (R10, s. 60)

- **Princip psychologické pomoci dítěti**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: V rámci CAN považuji za nejdůležitější péči psychologa. Kromě psychologické péče ještě přístup sestřiček, které fungují mnohdy jako náhradní mámy. Pokud se jedná o dítě deprivované, tak se u nás mnohdy učí mluvit. (R3, s. 13) **PSYCHOLOŽKA:** ...děti jsou vytrženy z rodinného prostředí, které je týrající, ale ony přesto nemocnici vnímají jako „za trest“. Vždy upozorňujeme personál, z jakého rodinného zázemí přichází a vše vysvětlíme tak, aby zažilo citlivý sociální pobyt a mělo kolem sebe přátelské a vstřícné prostředí. ...jednotlivá oddělení se od sebe liší a vždy záleží na vedoucím lékaři, jak si vše na svém pracovišti zařídí. (R4, s. 17-18) Když je dítě hospitalizované, neexistuje, abych šla domů. ...musím provést první vhléd, ráno druhého dne může být všechno jinak. ...vše „ošetřím“ a pomůžu dítě převést na odd., kdy mu řeknu „tady jsou tvoje věci, které budeš mít tady ve skříňce, sestřička ti dá pyžamo, župan, máš možnost televize“. (R4, s. 18) Snažíme se o to, aby všechno bylo co nejempatičtější, nikdo na dítě neútočí s dotazy „co, jak, proč bylo“. (R4, s. 18) Děti projdou testovými metodami, orientovanými na citový stav. Jsou-li na klinice delší dobu, tak se snažím i o testy intelektových schopností a školskou prognózu. Pokud je to předškolák, ranný školák, nebo pokud učení dítěti nejde, provedu Wechslera... Mohu zařídit, aby byly děti vyšetřeny ve spádové pedagogicko-psychologické poradně, kdy doporučí jiný typ školy nebo zohlednění, pokud je to v mých časových možnostech, tzn. dítě musí být ve FN déle, třeba 2 dny. Jestliže je tady déle a pracuji s ním, jsem s ním každý den. (R4, s. 21-22) **SOC. PRACOVNICE:** ...pokud je to závažné, žádáme, aby hned začala v rámci zdr. zařízení pracovat psycholožka. Je to téměř ve 100% případech, protože nejsme psychologové, byť zásady znát musíte, stejně jako způsoby komunikace, ale je to specifická situace. Je tam i dětský psychiatr, takže záleží, jak to klinika uchopí. ...získáme zpětnou vazbu v tom směru, jestli je možný rozhovor s dítětem. (R11, 67)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: SOC. PRACOVNICE: Zklidnit emočně rozložené lidi a alespoň na přechodnou dobu jim dát pocit bezpečí. Z nebezpečného, ohrožujícího místa jim umožnit být mimo a pracovat na tom, aby pocit bezpečí v nich mohl narůst, nebo se jim vrátit... (R10, s. 59)

- **Zvláštnosti výslechu dítěte**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: VYŠETŘOVATELKA: ...policie může od dítěte získat prvotní informace přímo na půdě nemocnice, ale v případě krátkodobých hospitalizací, probíhají veškeré úkony ze strany policie až po jeho propuštění... (R9, s.51) Jednotlivé

případy jsou různorodé. ...je obtížnější práce s malými dětmi ve věku 6 a 7 let. Na jejich výslech se musím dobře připravit... ...je to psychicky náročné. Zejména tehdy, když děti odmítají mluvit nebo začnou plakat při úkonu. (R9, s. 52) ...musím nejprve navázat kontakt, třeba namalují obrázek, přinesu sladkost, zeptám se na školu nebo školku. Také se musím představit, protože jsem v civilním oblečení, mnohdy předem neví, že se budou bavit s policistkou... Samotný výslech musí být veden s ohledem na věk dítěte, nejlépe za přítomnosti psychologa. Začínám poučením dítěte... Děti ve věku 15–18 let jsou již na takové rozumové úrovni, že jsou schopny rozsah poučení, který ukládá trestní řád pro osoby dospělé vnímat a pochopit. ...je nejtěžší poučit děti ve věku od 6 do 8 až 9 let. Mluvit s nimi o následcích křivé výpovědi je zcela zbytečné...zaznamenává se spontánní výpověď v autentickém znění. V těžších případech a u mladších dětí provádím výslechy ve speciální výslechové místnosti... (R9, s. 53) **SOC. PRACOVNICE:** ...samozřejmě asistujeme. Zase se snažíme, aby to dělal psycholog. Policie na to naštěstí většinou slyší... Je tam řada dalších lidí, např. pracovník státního zastupitelství.... Tyto situace řeší na policii - pokud by jsme měli brát v potaz jakousi hierarchii - SKPV. Mají tam lidi, kteří mají zkušenosti, ví všechny administrativní úkony, ví, jak s dítětem mluvit. Když případ řeší specialista, tak to jde většinou výborně a rychle. Ale nad tím vším je státní zastupitelství. ...z naší strany ke komunikaci v nějaké chvíli dojde, je to situace od situace... (R11, 67-68)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Vždy jezdíme za dítětem do nemocnice. (R5, s.28) Každé je informované, že se vše nahrává, že bude audio/video záznam. Vždy dle věku. Pokud je dítě malinké, vysvětlí se mu vše tak, aby tomu rozumělo... Pokud někdy vyšetřovatel neví, jak s dítětem navázat kontakt, jak mu sdělit, že nesmí lhát a co to je lež, tak do toho můžu zasahovat. Vždy jsem domluvená se soudci, státním zástupcem, že to určitým způsobem „rozjedu“. Každý výslech musí začít poučením. Pokud jde o velmi malé dítě, nikdy nechceme, aby probíhalo před výslechem. Vždy s dětmi chodím do tzv. sensorické (snové) místnosti, mimo výslechovou místnost, protože se vždy uvolní (Pozn. týká se výslechu ve speciální výslechové místnosti)... Vždy než dítě přijde, vše přichystám... (R5, s. 23) **ZS. PRACOVNICE:** Přijdou policisté i sem a vyslýchají děti v přítomnosti mne jako soc. pracovníka. ...dítě, pokud se dostane zpátky do rodiny, může být ve stresu a může reagovat později úplně jinak. Nebo výpověď může být ovlivněna tím, že se zase vrátilo do agresivního prostředí. ...za hospitalizace policisté využijí toho, že je na neutrální půdě. (R7, s.41) **VYŠETŘOVATELKA:** Poškozené dítě je mnohdy jediným svědkem události... záleží na zdravotním a psychickém stavu, věku, schopnostech vypoví-

dat a dalších okolnostech, které mohou jeho svědectví ovlivnit. Ještě obtížnější je to v případech, kdy je obětí velmi malé dítě, např. dvouleté nebo mladší, nemůžeme očekávat aktivní spolupráci a nezbyvá než informace získat jiným způsobem. (R8, s. 47). Výslech je specifická záležitost. Měla by mu předcházet pečlivá příprava, tyto úkony jsou většinou považovány za neopakovatelné. Významným aspektem je prostředí, ve kterém s dítětem pracujeme. Dnes už máme mnohem více možností... Policie disponuje speciálními výslechovými místnostmi... (R8, s.49) **SOC. PRACOVNICE:** Výslech by se neměl odehrávat bez naší přítomnosti. ...máme právo navrhnout přerušení výslechu, sledovat, jestli je postupováno ve vztahu k dítěti přiměřeně k jeho věku. Výslech ve speciální výslechové místnosti by byl technicky možný, pokud by někdo dítě z nemocnice transportoval. Dětské centrum je ochotno to provést... (R11, s. 58)

- **Hodnocení funkčnosti SVI**

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: SVI je skvělý, samotná intervence je dobrá, ale nezměníte podmínky těch lidí. (R5, s. 29) **VYŠETŘOVATELKA:** Informace, které byly zjištěny v průběhu vyšetřování, jsou vkládány do elektronických formulářů, které jsou zasílány a dále vyhodnocovány na OSPOD, který má jedinečnou možnost rychle reagovat. (R8, s. 47) Otázkou je, zda je funkční (Pozn. SVI) a splňuje očekávání, která do něj byla vkládána. Z pohledu policie si troufnu říci, že tomu tak zatím není. Policie je zdrojovým článkem, který poskytuje maximální penzum informací týkající se dětí, které vyžadují okamžitou pomoc. Také bychom měli mít do určité úrovně možnost ze systému těžit informace, které do něj vkládají další subjekty, což ještě úplně nefunguje. ...věřím, že do budoucna bude roli plnit beze zbytku. (R8, s.47)

Kategorie: PŘÍPRAVA PLÁNU NÁSLEDNÉ PÉČE – charakterizována kódy: *přechodný pobyt dítěte v institucionální péči, průběh vyšetřování/ úspěšnost řešení jednotlivých kauz (policejní strategie), propuštění zpět do péče rodičů/opatření před dimisí, zpětné podávání informací po ukončení hospitalizace*

Zjišťování skutkové podstaty ublížení dítěti je vždy náročnou procedurou. Přestože existuje podezření na týrání, v některých případech nedojde k potvrzení CAN ani po uplynutí delší doby. Trestně-právní aspekt/kriminalizace případu, je pouze možnou součástí řešení problematiky CAN. Mnoho případů špatného zacházení s dítětem je řešeno bez účasti policie a soudů výhradně v linii OSPOD. Plán následné péče, který se po dimisi dítěte začíná

plnit, zahrnuje všechny aktivity na pomoc dítěti a jeho rodinnému systému. Odborníci považují za nezbytné podpořit, za předpokladu průběžného vnitřního a vnějšího hodnocení průběhu léčebné terapie – dítě v kontaktu s lidmi, kteří budou spolehlivě spolupracovat při terapeutických konzultacích a návštěvách doporučených odborníků a institucí. Rodiče dítěte jsou dle okolností otevřeně informováni o krocích, které budou učiněny, popř. jim je ze strany profesionálů doporučena/zprostředkována další odborná pomoc. Jestliže je možné nebo na jistou dobu nevyhnutelné ponechat dítě v dosavadním prostředí, je aktivizace sociální opory jedním z hlavních úkolů KI. Úpravy vlastního rodinného prostředí lze dosáhnout kvalitní a dlouhodobou sociální službou, využitím podpůrných zařízení a kvalifikovanou rodinnou terapií. Pokud snaha nepřinese žádoucí výsledky, je rozhodnuto o vhodné alternativě náhradní péče. Role jednotlivých zainteresovaných subjektů jsou přesně definovány, přičemž cíle jsou ve stanovených etapách přezkoumávány (dle úspěchu nebo neúspěchu použitých strategií a opatření), popř. redefinovány podle měnících se potřeb dětského klienta a jeho situace.

- **Přechodný pobyt dítěte v institucionální péči**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: O umístění rozhoduje soud a rodiče. ...Někdy uzavíráme dohodu, kdy má matka špatné bytové podmínky a nemůže tam být novorozenec. ...v průběhu rozhovoru jí řeknu, že má dvě možnosti. Buď souhlasit s tím, že dítě umístíme v kojeneckém ústavu, aby měla možnost si upravit podmínky. Pokud nesouhlasí s dohodou, podává se návrh na OSPOD a on podává návrh soudu, dítě je odebráno soudně. ...když to bude na dohodu, má matka vždy možnost domluvit se s OSPOD a kojeneckým ústavem, že si bude moci dítě vyzvednout zpět k sobě. (R6, s. 33)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...prioritou je propracovaný systém kojeneckých ústavů s psychologem, erudovanými lidmi, s možnostmi krátkodobé izolace ohroženého dítěte, s observací a vyšetřeními – z hlediska KI nejdůležitější místo, kde tyto děti budou poté, co se vyčerpá zdravotní problematika. (R2, s. 7) ...nemám rád organizovaný systém ve smyslu jakéhokoliv násilného organizování. Jsem zastáncem řádu. Nechci si plést demokracii a anarchii. Mám rád systém, ale takový, který je funkční. ...v Dětském centru v Ostravě přibližně 50 dětí z celkového počtu, které tam leží, nikdo nikdy nebude chtít. ...jsou neumístitelné... Vyžadují specifickou péči, potřebujete k tomu odborný personál a kvalitní, moderní, pravidelně se obměňující vybavení. Na to žádná z rodin mít nikdy nebude, aby kupovali nebulizátory, kyslíkové zvlhčovače nebo odsávačky řádově v ceně sta tisíc nebo aby se pravidelně o tyto děti starali tak, jak to jejich stav vyžaduje. Je to zby-

tečné a nerealizovatelné... Nejsem zastáncem rušení kojeneckých ústavů, spíše jejich přeměny v něco jiného. Možná bych to nazval jako doléčovací ústavy pro těžce postižené děti... ..vůbec si nedokážu představit, že se v ČR se najde tolik kvalitních pěstounů, kteří nebudou svoji pěstounskou kariéru zakládat na nezaměstnanosti a snadné dostupnosti peněz... Tento systém je špatný, měl by být řešen jiným způsobem, ale zrušením kojeneckých ústavů se problém nevyřeší. Pro mne jsou problematické dětské domovy a nelogické kolektivní velké zařízení... (R2, s. 9-10) **ZS. PRACOVNICE:** ...kdo může soudit, že zrovna péče ve státním nebo nestátním zařízení je špatná nebo dobrá? ...nejsem schopná nahlédnout to, jak pěkně a s láskou se tam o dítě postarají. Musela bych tam chvíli být, abych zjistila, jestli je kvalitní nebo ne. Osobně nemám problém propustit dítě do Klokánku. ...jsme-li nuceni přeložit děti do zařízení, tak ve valné většině spolupracujeme se státním zařízením, což je Dětské centrum. ...někdy narážím na nechuť přeložit dítě do zařízení FOD, zde jsou rozpaky... ..musím akceptovat rozhodnutí lékaře, eventuálně právního oddělení, které by mi dalo jasně na srozuměnou, že proto a proto ne. Ale pokud jsem si schopna obhájit své, jdu do toho... (R7, s. 43-44) **SOC. PRACOVNICE:** ...tam kde jsou problémy, je jednoznačně resort školství. ...diagnostický ústav. Mají velké problémy s kapacitou, na což se vymlouvají celou dobu, kdy jsem v praxi – tzn. 22 let. ...není to operativní tak, jak by terén potřeboval. ...naštěstí existují ZPDVOP, které provozují zejména nestátní neziskové organizace, takže i tam můžeme umísťovat. (R10, s. 58) Pokud je nutná náhradní péče, tak u malinkých dětí jsou to jednoznačně dětská centra pro děti do 3 let... ..mohou jít i do Klokánků, které provozuje FOD. Pokud se dítě nemůže vrátit domů, vždy se je snažíme zajistit tak, aby bylo zabezpečeno dobře. (R10, s. 58)

- **Průběh vyšetřování/ úspěšnost řešení jednotlivých kauz**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: VYŠETŘOVATELKA: Obecně lze nedostatečnou péči pozorovat často, ale prokázat příčinnou souvislost takového jednání je obtížné. V mnoha případech nemusí být patrné žádné úrazové změny a dítě může být i dobře živěné... Je nutné vyčkat až bude provedeno kompletní prověřování, shromážděné všechny zprávy a znalecké posudky... (R9, s. 51) Každý případ je velmi individuální, obecně jsou případy řešeny řádově několik měsíců. Je nutné do spisového materiálu provést výslechy všech osob, které by mohly skutečnost nějak objasnit. K osobě poškozeného se pořizují lékařské zprávy, zprávy o rodinných poměrech a ze škol. K pachateli zprávu z místa bydliště a opis rejstříku trestů. ...důležitý je znalecký posudek, zpracování trvá něco kolem měsíce.

S ohledem na to, že v případě zpracování znaleckých posudků na děti je přizván dětský psycholog a pedopsychiatr, kteří jsou velmi pracovně vytíženi, může se samotné zpracování posudku prodloužit. Vždy je to o domluvě... Nemůžu nikdy říct na 100 %, že je to zřejmé. V případě, že se případ dostane k soudu je právě tento kompetentní ve věci rozhodnout. Poté mám vždy zpětnou vazbu, kdy je ze soudu zasílán rozsudek. (R9, s. 52) **SOC. PRACOVNICE:** Záleží na tom, co se stalo, jestli mechanismus a povaha zranění, jak je to postaveno v zákoně o SPO, neodpovídá vysvětlení rodičů, zda je podezření z trestného činu... V každém případě zjišťujeme informace v součinnosti s policií. Mnohdy to časově příliš neladí. Někdy je policie velmi rychlá, a z toho jsou situace, kdy bychom viděli prověřování z jejich strany v rychlejším časovém sledu, protože musíme vědět, jaké podezření tam je, jestli skutečně jde o podezření ze zanedbání péče ze strany pečovatелů nebo rodičů a nebo o důsledek zdravotního stavu, handicapu, nemoci... (R11, s. 62)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: VYŠETŘOVATELKA: Souvisí to s věcnou příslušností soudu dle §17 trestního řádu... na krajském ředitelství řešíme trestné činy, kde dolní hranice sazby odnětí svobody začíná na pěti letech. Případy týraných a zneužívaných dětí se většinou pohybují v sazbě nižší, proto se jimi zabývají kolegové na okresní úrovni. ...za celých deset let jsem se na kraji nesečkala s případem týrání, které by bylo v „sedmnáctkové“ sazbě, to by muselo jít skutečně o život, nebo by došlo k úmrtí. Řešili jsme ale několik případů, kdy se jednalo o kombinaci několika trestných činů... (R8, s.45) Mnohdy je vůbec obtížné stanovit o jaký trestný čin se jedná. Nejobtížnější je usvědčit pachatele. ...jen mizivé procento kauz se podaří dotáhnout až k soudu a odsoudit je. Odhalování trestné činnosti páchané v rodině je pro policii vždy náročné, protože, ač je to možná paradox, rodina se semkne a stojí při sobě. Jsou pachatele ochotni krýt téměř za každou cenu. Často je to v případech, kdy se týrání dopouští otec. Matka je schopná muže omlouvat a přivírat oči, než vše eskaluje do té míry, že už jde o zdraví nebo dokonce život dítěte. Nejsložitější dokazování je u psychického týrání. (R8, s.45-46) Pokud odbočím, v poslední době jsme řešili velké množství případů falešných oznámení zejména dívek ve věku 13-14 let, že byly znásilněny. Když si představíte, že tyto trestné činy patří do kategorie zvlášť závažných a vy víte, co vše budete muset absolvovat, to znamená, kolik času, energie, prostředků a také financí to bude stát, a vy hned od počátku máte důvodné pochybnosti, že k nějakému trestnému činu došlo – tak občas cítíte beznaděj až marnost. Tyto pocity pak na druhou stranu vyvažují případy, kdy se vše podaří dotáhnout do úspěšného konce a pachatele odsoudit. A

pokud se podaří rodině navíc ve složité situaci pomoci, je to pocit satisfakce. Případů, které se podařilo úspěšně ukončit však bylo bohužel méně než těch ostatních. (R8, s.46)

- **Propuštění zpět do péče rodičů/opatření před plánovanou dimisí**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: Telefonuje se praktikovi a řeší se to přes něj. To je hlavní osoba, která má zodpovědnost. Legislativně i ze zdravotních důvodů je PLDD tím, kdo by měl kontrolovat. Buď do domácnosti pošle zdravotní sestru, nebo dochází soc. pracovníce. Většinou to tímto způsobem funguje. ...nemocnice, respektive nemocniční lékaři, tohle nehlídáme. (R3, s. 13-14) **ZS. PRACOVNICE:** Toxikomanky řešíme často. Po narození se někdy vydává předběžné opatření. Nevydává se v případě, kdy matka je ochotná spolupracovat a má zázemí v rodině, má podporu. ...dohodnou se, že OSPOD bude vykonávat dohled. Matku objednávám do AT poradny, kam dochází. V případech předběžných opatření, pokud má matka ještě starší děti, tak se vydává předběžné opatření i na tyto děti, protože by bylo nelogické matce odebrat novorozeně a např. dvouleté dítě jí nechat. OSPOD má např. dlouhodobě podezření, ale toxikologii jí nikdo nemůže provést pokud s tím sama nesouhlasí. V rámci screeningu se provádí toxikologie dítěti po narození. Test je drahý... Lékaři jsou vůči tomuto obezřetní, pokud tvrdí že abstinuje, nechová se nijak zvláštně, k dítěti se chová dobře, nemají důvod matce nevěřit. Vše je v kompetenci lékaře, zda se provede odběr. ...pokud se testem nepotvrdí, tím lépe. (R6, s. 32)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: „Každé dítě, má svoji propouštěcí zprávu. ..svoji sociální dokumentaci mám vedenou jednak v elektronické podobě, protože zapisuji do chorobopisů dětí jako konziliář svůj sociální komentář. Pokud zjistím něco patologického v rodině nebo tady se např. maminka nějakým způsobem projeví, píšu vždy do záznamu a lékař to může vygenerovat do propouštěcí zprávy. Plus je to ještě ošetřeno, že když se dohodneme s ošetřujícím lékařem, že by bylo vhodné, aby obvodní pediatr „věděl“, tak mu telefonuji a sdělím, např. že by bylo vhodné konkrétně provést určitý postup, že maminka se projevuje určitým způsobem a dítě by i dle ošetřujícího lékaře potřebovalo konkrétní péči. Spádový pediatr je takovýmto způsobem vždy informován. (R7, s. 38-39)

5.6 OBLAST – OKOLNOSTI PLÁNOVÁNÍ NÁSLEDNÉ PÉČE

Kategorie: RODINNÁ VZTAHOVÁ PATOLOGIE – charakterizována kódy: *vědomé versus neúmyslné jednání rodiče - příčiny ubližování dítěti, jednání matky/tolerance ná-*

sílí na dítěti, transgenerační přenos rodičovského chování, zvláštnosti psychiky a projevů dítěte, vliv společnosti na nárůst problematiky a důsledky na život dítěte

Respondenti se domnívají, že podmínky rodin, ve kterých vyrůstají týrané děti, nevznikají náhle. Patologii rodičovského chování a původ dysfunkce je nutné hledat v životní dráze rodičů a prarodičů dítěte – je téměř pravidlem, že týrající rodiče sami v průběhu svého dětství trpěli některou z forem poškozování. Riziko nízkého sebeovládání a nevhodného chování vůči dítěti se zvyšuje v situacích, kdy je rodič nadměrně stresován, trpí abusem alkoholu, nedostává se mu potřebné pomoci a kdy rodinný systém není schopen kooperovat při řešení problémů. Rodiče na své chování nemají náhled, dítě hodnotí primárně negativně. Buď trestání popírají anebo situaci, kdy přestávají ovládat jednání přičítají hyperaktivitě dítěte a špatnému školnímu prospěchu. Matka je v těchto situacích, není-li sama původcem násilí, zúčastněna spíše pasivně. Důvody pro tolerování a akceptaci chování partnera mohou být různé, obvykle citová závislost na partnerovi nebo existenční tíseň. Dle respondentek z řad psychologů je komplexní terapie (rodinná a individuální – rozvoj nových vzorců chování a sociálních dovedností, umožňujících změnu vzájemné interakce) těžištěm léčby vztahové patologie a psychických odchylek dítěte. Obvyklým problémem je selhání spolupráce vzhledem k nezájmu rodičů nebo jejich výrazné pasivitě/odporu v případech nařízené terapie. Nevhodné zacházení s dítětem se mnohdy opakuje, nebo stupňuje právě tam, kde komplexní léčba a terapie neuspěla.

• **Vědomé versus neúmyslné jednání rodiče - příčiny ubližování dítěti**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA:zcela určitě si uvědomují, co dělají. Do jaké míry je to pro ně akceptovatelné, je druhá věc. Ale to, že jsou si vědomi toho, že dělají něco špatně, tak to nepochybně. To by musel být příliš slaboduchý člověk. Je to vědomé jednání. (R1, s. 2) **LÉKAŘ2:** ...posouzení vždy ponechávám na paní primářce Dařílkové, protože je profesionál. Vy to sice poznáte, ale jako lékař se neodvážím tvrdit to stoprocentně. ...možná i samotní rodiče to vnímají tak, že my jsme tady jednoznačně pro stránku zdravotní než sociální nebo psychologickou. Čili do tohoto nezasahuju... (R3, s. 14) **ZS. PRACOVNICE:** Vždy se snaží všichni, kdo jsme na případu zainteresovaní, rodině pomoci a najít příčinu, proč se tak děje, co vlastně nefunguje... Někdy skutečně stačí rodině pomoci, sanovat ji, aby potom k problému dále nedocházelo. Někdy se tak děje z nevědomosti. Může se jednat o psychické onemocnění, nebo je tam rodinná zátěž, přenesené vzorce chování z mládí. Někdy je to hodně sociálně slabá rodina, na základě existenčních a finančních starostí jsou děti zanedbávané. ...z našeho odborného pohledu jse zde

neměli vyloženě úmyslné, vědomé ubližování dítěti, tak jak zákon stanoví. ...trvám na tom, že se jedná o nevědomost, nedbalost. Jedna týrající matka mi řekla „můj otec mně taky bil a nikdy za to nešel sedět". (R6, s.30) Vždy se spíše jedná o jednání v afektu, kdy už si nevědí rady. Kdy je dítě hyperaktivní, instabilní, velice náročné na výchovu a oni nechápou, že se jedná o poruchu, která se dá léčit... Pro ně je to zlobivé děcko a tak je v afektu zbíjí, fyzicky ztrestají až neúměrně. (R6, s. 34) **VYŠETŘOVATELKA:** U trestných činů týrání svěřené osoby je to spíše afekt. Určitou roli hraje i alkohol. V některých případech mají děti výchovné problémy a pachatel není schopen tuto situaci řešit v normální rovině... Rodiče svou vinu většinou popírají. Mnohdy uvádí, že s dítětem mají výchovné problémy, které nezvládají, a proto tyto řeší nepřiměřenými fyzickými tresty, kdy se tímto dostávají za hranici zákona. (R9, s. 55) **SOC. PRACOVNICE:** ...jde o souhrn všeho. ...celkově psychická nevyrovnanost, snížené mentální schopnosti. ...a naopak, čím inteligentnější rodič, tím lépe dokáže zkonstruovat zdravotní problémy svého dítěte (Pozn. Münchhausenův sy by proxy) - proto ty hospitalizace a neustálá vyšetření. ...z toho nelze usuzovat, že to je pravidlo... (R11, s. 63)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...obecná deprivace sociálně slabých jedinců je nezamýšlená. (R2, s. 8) **ZS. PRACOVNICE:** Psychická zákeřnost týrání je hlubší a nebezpečnější, je promyšlená, cílená. (R7, s. 42) U romské populace je to odlišné. ...týrání není promyšlené. Častější jsou zbytečné hospitalizace, kdy je dítě hospitalizované při běžném infektu jako je rýma - následně se matka obtížně shání a zjistí se, že pouze potřebovala navštívit své příbuzné na Slovensku - dítě potřebovala odložit. U etnických menšin to není jako u majority, není to týrání psychické, to bych naprosto vyloučila. (R7, s. 42)

- **Jednání matky/tolerance násilí na dítěti**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...ve všech případech je to proto, aby si udržela kompletní rodinu, respektive manžela doma. (R1, s. 2) **VYŠETŘOVATELKA:** Pokud máte na mysli manželku pachatele, která takovému jednání přihlíží, může se jednat o osobnost psychicky nebo finančně závislou na pachateli. V mnoha případech je obětí domácího násilí společně s dětmi a nemá odvahu od pachatele odejít, je z jeho strany zastrašována. Pachatel jí vyhrožuje. Jestliže si je však vědoma toho, že po celou dobu, byly její děti vystavovány ze strany otce nepřiměřenému trestání, viděla na jejich těle modřiny a neučinila žádné konkrétní opatření vůči tomu, aby k jednání ze strany otce nedocházelo,

sama sebe vystavuje nebezpečí trestního stíhání pro přečin ohrožování výchovy dítěte, protože by tak porušila svou povinnost, jako rodiče, o ně řádně pečovat. (R9, s. 54-55)

- **Transgenerační přenos rodičovského chování**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...rodina a zážitek násilí z dětství bezpochyby ovlivní další chování dítěte do budoucna. To je více než jasné. (R1, s. 2) **LÉKAŘ2:** ...vždy se jedná o otázku výchovy současných rodičů jejich rodiči. Hrají zde roli prakticky všechny faktory společně. U celé řady rodičů sehrává svoji roli alkohol. (R3, s. 12).

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...model, který si přenášejí, respektive že je rodiče v dětském věku také bili, je úplně normální. Statistiky ukazují čísla a dosvědčují, že týrané děti jsou v budoucnosti často těmi, kdo opět týrá... Ve své podstatě se násilné chování přenáší. (R2, s. 8) **PSYCHOLOŽKA:** ...situaci vždy řeším tak, jak ji umím řešit, protože ji tak řešili moji rodiče. ...ne všichni tak jednájí, proto, že by jim byly děti lhotejné – oni to zkrátka jinak neumí. Nejsou naučení, nikdo je nevedl. ...jsou v koloběhu, ze kterého nedokážou vycouvat. Některé rodiny se podaří sanovat. (R5, s.29) **ZS. PRACOVNICE:** ...mnohdy rodiče tzv. špatně „nakoupili“ od svých vlastních rodičů – neměli se to kde naučit, nikde to nevyčetli, nikdy ve vlastní rodině nenasáli atmosféru lásky. Často byli „řežaní jako žito“ a proto „jako žito řežou“ i své děti. (R7, s. 39-40) Vždy tam hraje roli dětství matky - kde se stala chyba, že je toho vůbec schopna? Vztahy rodičů, dětí a prarodičů, to jsou někdy komplikované kruhy - jasná patologie. (R7, s. 42) **VYŠETŘOVATELKA:** ...vlastní vzorec chování si utváříme podle toho, co jsme se naučili nebo vyzorovali v dětství ze svého nejbližšího okolí. Proto mně už nepřekvapí způsoby surového jednání pubertálního chlapce vůči dívce, když z rodinné anamnézy při výslechu zjistím, že se choval stejně jako se chová jeho otec k matce. Jiný model chování nezná a neměl jej kdo naučit. (R8, s.50) ...do určitého věku lze přenos transgeneračního chování zvrátit, nebo jej alespoň pozitivně ovlivňovat prostřednictvím spolupráce s odborníky. (R8, s.50)

- **Zvláštnosti psychiky a projevů dítěte**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Jde o velmi složitý proces. Vždy záleží na tom, jakým způsobem se dané dítě dostane do nemocnice. Někdy se stává, že přes školu, sociální odbor a policii s tím, že je vzato z domova, kde je mu skutečně velmi ubližováno, je tam však extrémní citová vazba na rodiče. (R4, s. 17) Je pravidlo, čím menší dítě, tím je zranitelnější, vyděšenější a vnímá tyhle věci víc přes emoce. Je tam jen velmi malá

kontrola realitou, rozumem. Čím menší dítě, tím je pro něj hospitalizace problematictější a zatěžující. (R4, s. 18) **ZS. PRACOVNICE:** To jsou takové typické zoufalé „výkřiky“ dětí. ...dochází k poruchám chování - tak upozorňují na to, co se děje, aby si jej samotného rodiče všimli. To dítě dělá podvědomě... něco rozbije, zničí, utíká z domu, vyhrožuje. Je to volání o pomoc „já jsem tady taky!“. Nebo poškozují druhého sourozence, protože žárlí. (R6, s. 30-31) ...čím hůře je o dítě pečováno a čím víc je dítě zanedbáváno, tím větší je citová vazba na rodiče. (R6, s. 34) **VYŠETŘOVATELKA:** Občas mi připadne, že děti si celou situaci dokreslují a někdy i vymýšlí, ale musím být nestranná. (R9, s. 51) Každé dítě je jinak komunikativní, pochází z jiného soc. prostředí, je na jiné mentální úrovni. ...můžou mít strach, ocitnou v cizím prostředí, mluví s cizí osobou, nemají u sebe někoho blízkého jako rodiče, které si ve většině případů z taktických důvodů na výslech nepřibírám, neboť v případě tr. činu týrání svěřené osoby mohou mít silnou vazbu na pachatele. (R9, s. 54).

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Nedokážu si představit, jak při dnešních školních nárocích, se musí cítit děti, které nemají doma rodiče, kteří by byli ochotni se s nimi učit, pomoci zvládat jazyky, nekoupí jim počítač. ...musí se cítit velmi handicapovány. ...soc. handicap je horší než občasná – promiňte – facka, kterou občas od rodiče dostane nebo ho nevhodně ztrestá. (R2, s. 9) **PSYCHOLOŽKA:** Mnoho dětí má pocit, že to tak patří, že si to zaslouží „nechoval jsem se, jak mi nařizují“. ...neumí rozpoznat, že nařízení je špatné. Tam je chyba v někom jiném, ne v dítěti... (R5, s. 23-24) To dítě vždy bude vypadat úplně jinak. Nemluvím o intelektu. (R5, s. 25) **ZS. PRACOVNICE:** ...reagují různě, některé přijde a pláče, někdo je zamlklý, někdo je tak jen chvíli a pak už je schopen komunikovat... (R7, s.42)

Kategorie: TENDENCE ŘEŠENÍ PROBLEMATIKY CAN – charakterizována kódy: *postoje k řešení situace ohrožených a poškozovaných dětí, riziko recidivy/náhled na realnost nápravy vztahu rodič-dítě a zastavení hostility, negativní vývoj dítěte versus faktor resilience, postoj společnosti a aspekty efektivní prevence*

Nápravná opatření jsou vždy komplexní a týkají se celého rodinného systému dítěte. Volba vhodných strategií se řídí všemi zjištěnými okolnostmi – rozlišují se opatření, která je nutno vykonat neodkladně a plán dlouhodobější péče. Dle respondentů je podstatné zajistit kontinuitu péče, zaměřenou na eliminaci následků syndromu CAN. Individuální plán pomoci konkrétnímu dítěti vzniká při plánování dimise v součinnosti všech zainteresovaných pracovníků. Dle respondentů odhalením případu získává dítě určité sociální stigma. Jeho

odebrání z rodiny je rizikové jak z hlediska dalšího zatížení, tak vzhledem k prisouzení viny celé rodině trestně stíhaného pachatele. Na druhou stranu, po případném odložení kauzy soudem je dítě zpravidla opět vždy stigmatizováno nedůvěřivou reakcí okolí, přestože je obětí. Tato skutečnost komplikuje socializaci dítěte a do budoucna mu způsobuje řadu potíží. Postižené děti samy ať již zůstávají v prostředí původní rodiny nebo pokud prostředí změní – vyžadují různě dlouhou individuální terapii. Hlavní těžiště pomoci dítěti by mělo spočívat na aktivitách OSPOD – terénní sociální práci, v jejímž rámci by měli její vykonavatelé včas a adekvátně reagovat na zjištěné skutečnosti. Na prvním místě jsou především neformální opatření a zásahy (např. poradenské vedení a dohled), je však zřejmé, že v závažných případech je zcela nezbytné přistoupit k důraznějšímu zásahu do rodinných poměrů dítěte. V případech, kdy rodina není schopna pozitivní změny, je již důležité plně využít všechny právní prostředky, které přicházejí v úvahu.

- **Názory na tendence v přístupu řešení situace dětí**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...je lepší, když se vše otevře. Viktimizaci dělají úplně jiní lidé, než ti dotyční, kterých se to týká. Týrání dítěte se musí odkrýt. (R1, s. 2-3) Odebráním dítěte chráníte. ...nemůžete dítě nechat v rodině jenom proto, že mu zůstane oba rodiče, když si do života nese nepředstavitelné trauma. Vím, že v náhradní rodině nebo dětském domově má jiné trauma – je jasné, že mu nikdo vlastní rodiče nikdy nenahradí. Ale to bychom museli dát na pomyslnou váhu rodiče špatného a žádného. Co je lepší? Takto to nelze brát. Příkladem je zneužívání dítěte otcem. Rodiče se rozvedou a soud dovolí další kontakt otci s dítětem, byť by to bylo u babičky. Je to matka otce. Jak si myslíte, že situace dopadne? ...bezesporu mají rodiče obrovský vliv na dítě, ale nemyslím si, že by dítě mělo za každou cenu zůstat v rodině. To v žádném případě. ...do budoucna jeho umístění mimo týrající rodinu nepochybně smysl má. (R1, s. 3) **SOC. PRACOVNICE:** Význam má oznamovací činnost vždy, protože to na pečovatele a rodinu nějakým způsobem ukáže. Pokud se o dítěti nedozvíme, není možné dělat žádná opatření v jeho prospěch. A pak je zde samotný efekt – my se vždy každému oznámení věnujeme, je však otázkou, jaká je představa dohledu z hlediska oznamovatele... Naráží to na personální možnosti a počet případů, kterými se musí každý pracovník zabývat. ...je to víc než se dá u těchto rodin zvládnout tak, jak bychom chtěli... (R11, s.62) ...obecný příklad: ...šetří se podezření z trestného činu a jestliže se potvrdí, tak z naší strany je zájem, abychom dítě zajistili někým jiným, aby nezůstalo v rodině, nebo aby o něho pečoval rodič, který není podezřelým. Když je nejhůře a nenajde se nikdo z příbuzných, řešíme ZPDVOP. Je to v hierarchii. Jsou

situace, kdy připadá v úvahu ambulantní péče se změnou prostředí... Pokud jsou velké a závažné úrazy, hodně záleží na policii a státním zástupci, na orgánech činných v trestním řízení, jak jsou rychlí, v jakém směru šetření probíhá. ...záleží na tom, jak dlouhá je hospitalizace dítěte, relativně po tu dobu můžeme být v klidu a můžeme zjišťovat situaci kolem rodičů, zázemí. Je to případ od případu... (R11, s. 62-63) ...zanedbávání vůbec nemusí hraničit s trestným činem. Pokud se vše dozvíme dříve, tak policie tam vůbec nefiguruje. Tam figurujeme my, pediatr a rodina (R11, s. 64)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: ...bud' se rozhodnu, že dítě bude odebráno nebo ne a budu si za tím stát. Bezmoc jsem cítil ve chvíli, kdy jsme řešili dítě, které bylo psychomotoricky retardováno... Jednalo se o dítě v kojeneckém věku, kdy jde z vývojového hlediska o jediné období, kdy má rehabilitace výrazně pozitivní vliv. Nepovedlo se mi dítě dostat do ústavní péče, neustále byla tendence vracet je do domácí péče k rodičům. OSPOD se rozhodl umístit je do ústavu až v době, kdy mělo dítě 12 nebo 13 měsíců... Říká se „pozdě, ale přece“, ale tady bylo jednoznačně pozdě. ...na opakované upozorňování nebyla situace dítěte řešena. ...nemůžu napsat, že bude poškozeno... Ono je vývojově retardované, ale může se vyvinout pozitivně. Napíše se, že hrozí poškození dítěte, protože k soudu máme dávat tyto informace. Tam se to špatně specifikuje. Ve druhém případě v pěti až šesti letech byly děti svědky sexuálních styků rodičů, kdy oni sami to přiznávali. Neustále jsme se snažili děti nějakým způsobem ochránit, dostat je do ústavní péče. Po deseti letech byly skutečně odebrány a umístěny jako rodina. Nicméně situace se během pár měsíců opět upravila natolik, že děti byly opět propuštěny. ...ten problém pokračuje - linie, kdy děti vystavené sexuální deprivaci, mají po pár letech už své vlastní děti. Je tam stejný problém alkohol, drogy. ...to byla pro mne druhá fáze bezmoci. Ve vztahu k rodičům to nebylo nikdy. Spíše ve vztahu k tomu systému. (R2, s. 7-8)

- **Postoje respondentů k řešení situace ohrožených a poškozovaných dětí**

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: „...dnes se přibližujeme Evropě a kopírujeme Evropskou unii. Víme, že prostor v EU je značně problematický a řešení, které nabízí nejen ze strany eura, ale také při řešení mnoha společenských otázek, je mnohdy kontra-produktivní. Naše pediatrie byla přitom v minulých letech mnohem dál než je pediatrie kdekoliv jinde – alespoň v soc. problematice. A my dnes kopírujeme jakousi formu dodržování Charty práv dětí apod., ale nikdo se neptá samotných dětí na to, v jaké rodině mohou nebo mají vyrůstat... Udržet dítě za každou cenu v domácím prostředí, jen proto, že je

pro něj z hlediska psychologického výhodné nebo jde z hlediska sociálního o to nejlepší, je možná fajn, ale z hlediska medicínského můžou nastat velké problémy, které dřív než je vyřeší sociální oblast, už po zdravotní stránce řešit nelze. Příkladem je dítě, které potřebuje trvalou rehabilitační péči mezi třetím a dvanáctým měsícem života. Než se dostane celý soc. systém do jakékoliv aktivity, tak po dvanáctém měsíci života už dítěti nelze tolik pomoci. Nesouhlasím s tím, jakým způsobem se systém péče rozpadá, jak se kouskuje. Není přesně stanovená zodpovědnost. (R2, s. 6) **PSYCHOLOŽKA:** Osobně bych za týrání dítěte neodpustila nikomu nic. Ty děti bych jim vzala a kastrovala bych je, aby neměli další děti. ...jestliže někdo ubližuje, mnohdy i vědomě, nebo když se starám tímto způsobem, kdy si vědomě pořizuju dítě, když beru drogy, tak to je pro mne důvod k odebrání, aby ho už nikdy neviděl. ...Připravuje ho pro takový život, jaký vede on sám... ...ať si každý tento rodič dělá co chce, ale ať není rodičem. ...tak to samozřejmě není ani v našem státě, ani ve světě - nejlepší je jakákoliv rodina než ústav. Oni takové fotografie nikdy neviděli, a nikoho to nezajímá. (R5, s. 27) Nestátní organizace, pokud vidí, že je tam patologie, řeknou „dáme asistentku, bude do domácnosti docházet“, tak se stává, že dítě jde od nás do původní rodiny a oni s ní pracují. Pak ale pomalíčku výpomoci začnou selhávat a selhávat a dítě se dostává na úroveň sociála a už je pozdě. Protože se zde něco zprětrhalo – např. dítě mělo možnost jít do náhradní rodiny a nešlo do ní, jelikož nestátní organizace se zaštitila. (R5, s. 26) Práva dítěte v tomto státě jsou z mého pohledu pošlapané. Má právo na rodinu, ale na jakou? Proč mám dítěti takto ubližovat a proč ho pouštět do rodiny, která chce žít tímto způsobem života? (R5, s. 29) **ZS. PRACOVNICE:** Dnes je trend, že ať je rodina jaká chce, pořád je to biologická rodina a dítě v ní má být. ...těžko hledám hranici, co dítěti víc ublíží. Jestli to, že dítě se vezme a nebo se tam nechá.. ...je nutné šít péči rodičně na míru a zvažovat, co by pro ně bylo nejlepší. ...jakmile pomůžeme rodičům, pomůžeme i děcku. ...když bych viděla, že se všichni - kromě rodičů - snaží se jim síly stačí, ale snaha nepadá na úrodnou půdu, tak pak bych v zájmu dítěte, aby nedošlo k většímu poškození, byť za cenu citových ztrát, dítě z rodiny vzala. (R7, s. 39-40) **VYŠETŘOVATELKA:** ...nejsem zastánce kriminalizace za každou cenu. Jsou situace, které lze řešit v kompetenci odborníků pomáhajících profesí či psychologů. Mnohdy se tak dá předejít sekundární viktimizaci oběti, která může přerůst v systémové týrání. (R6, s. 46) To platí obzvláště v případech, kdy jsou oběť i pachatel členy jedné domácnosti. Tady je ozdravování vztahů složitější a pomoc odborníků nevyhnutelná. Vykořenění dítěte je reálným rizikem v případech, kdy situaci nelze řešit jinak než jeho odebráním z rodiny a svě-

řením do ústavní péče. ...i to se stává, že je dítě „dvojnásobnou“ obětí. Kromě toho, že bylo týráno nejbližšími, musí mimo domov, nebo je obviňováno za to, že rodina „přišla“ o tátu či mámu. Svou roli může sehrát terciární viktimizace, díky které může být dítě „odstrčeno“ nejen na okraj rodiny, ale i společnosti. (R8, s. 48) **SOC. PRACOVNICE:** ...když bylo dítě jednou zbité nebo hodně zbité, je naší povinností, zajistit mu pomoc a ošetření. Nejsem schopná paušálně odpovědět, určitě bych velmi pečlivě zvažovala v konkrétním případě, jestli lze vrátit hned nebo za určitou dobu. Pokud bylo zbití výrazem totální krize v rodině, pak bych považovala za důležitou intervenci pro dospělého. Nejspíš bych se přikláněla, na určitou dobu oddělit – do doby, než se dospělý srovná. (R10, s. 60).

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: Co s takovými rodinami a rodiči chcete udělat, když mají deset dětí a bydlí v holobytě. S tím nemůžete pohnout, pokud nebudou mít sami zájem. (R3, s. 14) **PSYCHOLOŽKA:** Není v mých silách rodiče nutit k terapii, nemohu je „nahánět“. Pokud jde vše soudní cestou, pak se jedná o povinnost a v okamžiku, kdy se nedostaví, mám možnost informovat soud o tom, že rodiče přerušili docházku... Soud má prostředky nápravy. Pokud oznámím, že považuji za nesmírně vhodné, aby rodiče docházeli, dostaví se pouze jedinkrát a dál už se neozvou, tak nemám možnost je na psychoterapii dostat... (R4, s. 19) Můžeme si položit otázku, co je pro dítě horší: žít v rodině a s rodinou, kde ho zneužívají a týrají, jsou to biologičtí rodiče a dítě si to dosud neuvědomuje (nebo jen částečně), že s ním není zacházeno správně, a nebo ho umístit do ústavu, kdy ústavní péče, kromě toho, že jej tam nebudou týrat a zneužívat, je rovněž o citové deprivaci? ...každé dítě má právo na to nebyt zneužíváno, bito, mít do sytosti jídla, mít citové podněty. Pakliže rodina není schopna poskytnout základní lidské potřeby, pak je tady cesta Klokánků, kde je možnost navázat citové vazby. Mají šanci se rozvíjet ve škole, protože se s nimi v klidu učí, chodí nakupovat. Tohle je cesta, jak zachránit dítě před absolutní citovou a osobnostní devastací... Byla bych pro to, děti odebrat z deviantního problémového prostředí a přesadit tam, kde se sice předpokládá citová deprivace, ale dítě má šanci zanechat si část svého zdravého „já“ a rozvíjet se v lepších lidských podmínkách. (R4, s. 19-20) **ZS. PRACOVNICE:** Sanaci se dá rodině pomoci už jen tím, že budou docházet k psychologovi, nebo do center, kde jim pomohou, k neurologovi, aby dítě bylo léčeno medikací (tzn. zklidněním)... Pomoc odborníků existuje, ale rodina musí chtít. Rodina to často zavrhne, nespolupracuje. Hodně hraje roli bydliště, kdy mnohdy bydlí daleko mimo dosah odborníků, na kopcích, kde autobus jede jednou za den tam i zpátky. Je to finančně náročné pro soc. slabé rodiny, které žijí jenom na soc. dávkách. Jdou k odborníkovi jednou a vše

skončí. Pokud spolupracují, je vše na dobré cestě. (R6, s. 34) **VYŠETŘOVATELKA:** ...mám případ sourozenců, kteří jsou umístěni v Klokánku. ...děti z asociální rodiny, které neměly hygienické návyky, dost nesrozumitelně a špatně mluvily a jejich celkový vývoj byl zanedbaný. ...pobyt v daném zařízení je posunut dál. Pracovníci se jim věnovali a na dětech to bylo znát. Nicméně k rodičům se chtěly vrátit, což potvrdily při výslechu a rodiče je mohli o víkendu navštěvovat. Poté jsem se zpětně dozvěděla, že mohou jezdit na víkend domů. Nemyslím si, že by navrácení dětí do rodiny bylo přínosné... Možná by zcela stačilo, aby se s rodiči stýkaly jen o víkendech. (R9, s. 53) **SOC. PRACOVNICE:** Je otázka, jestli jde o dohled ve formě práce s rodinou, nebo jestli se řeší záležitost soudního řízení nebo soudní nařízení, ale vždy se problému věnujeme, zjistíme, jak situaci dítěte vypadá, jaké jsou možnosti dané rodiny. ...snažíme se napravit podmínky a změnit přístup rodičů, nebo hledáme řešení pro dítě. Dohled je daný podle charakteru situace. ...ta častost by mnohdy měla nebo mohla být větší, ale vše naráží na fyzické možnosti, personální obsazení... (R11, s. 62) Zde je právě parketa neziskovek, kterými navazujeme zcela bez problémů. To se týká terénní práce - využíváme jejich služeb. Pokud už je vše v rámci trestního řízení, tam neziskovky v začátku nefungují vůbec, ale spíše při hledání vhodného řešení... ...třeba zvažujeme nařízení soudního dohledu, protože chceme, aby tam intenzivně někdo chodil a víme, že se tam víc než jednou za 10 dní nedostaneme, tak zaangažujeme neziskovku... Nebo terapie rodičů ve směru k výchovným postupům, navážeme je na pedagogicko-psychologickou poradnu, sjednáme termín u dětského psychologa. ...první je zajistit dítě, jeho bezpečí... ...záleží na tom, jestli policie vše dotáhne v tom smyslu, že se jí potvrdí, že trestný čin byl spáchán a co s tím udělá státní zastupitelství. Jestli to jde k soudu, tak tam provádíme jinou činnost, protože dítě musí být zastoupeno v trestním řízení kolizním opatrovníkem... (R11, s. 64-65) ...stát na jednu stranu garantuje právo dítěte na rodinný život a rodiče, na druhé straně také ochranu dítěte. Jestliže stát, který reprezentujeme my v terénu, garantuje bezpečí, tak rozhodování o tom, jestli dítě vrátit do rodiny je obtížné. ...rozhodování není na nás, byť náš názor je také velice důležitý, vždy rozhoduje soudní řízení. ...v každém případě by mělo zůstat v kontaktu s rodiči, jsme ale u toho, jak dalece zůstat v kontaktu s rodičem, který na něm spáchal trestný čin. Je-li tam závažné zneužívání nebo zanedbávání, tak děti v náhradní péči velmi často zůstávají. Vždy je nutné znalecké posouzení. Musím zmínit našeho právníka, bez znalosti práva se při výkonu naší profese neobejdete. (R11, s. 66-67)

• **Riziko recidivy/náhled na realnost nápravy vztahu rodič-dítě a zastavení hostility**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: Je mnoho lidí, kteří dělají špatné věci a čekají na pomoc zvenčí, která nepřichází. Proto je dělají dál a dál. Oni potřebují někoho, kdo by je limitoval nebo jim řekl „tak dost! teď se to bude řešit“. (R1, s.2) **LÉKAŘ2:** Pokud si týrající rodiče neuvědomují sami, že není vhodné vychovávat dítě takovýmto způsobem, nebo je zanedbávat, tak zcela jistě není náprava možná. Zřejmě to souvisí s intelektem. Osobně jsem se setkával spíše s rodiči, kteří byli z nižších socio-kulturních skupin... (R3, s. 12) **PSYCHOLOŽKA:** ...je schopen nápravy rodič, který by splnil podmínku docházení na rodinnou terapii (matka, otec, děti), např. jednou za týden, orientovanou na výchovu dětí, na výchovný přístup, kdy by děti mohly být zamedikovány, ošetřeny pedopsychiatrem. Nutný je dohled OSPOD v rodině. Pakliže rodiče se budou ochotni dostavit jednou týdně ke svému obvodnímu lékaři, který zkontroluje stav dětí, tělesný i mentální, tak za těchto okolností bych připustila, že se mohou vrátit do rodiny, která je v minulosti nepřiměřeně trestala nebo týrala. (R4, s. 18) Jde o obrovské riziko. Týrající rodič je neempatický člověk. Aktuální je otázka, jak týrání vznikne. Zda rodič byl sám v dětství krutě týraný a zneužívaný, má nižší mentální kapacitu a dítě je nějakým způsobem poškozené nebo zda se jedná o dítě hyperaktivní, dráždivé, náročné na výchovu. Pokud se tohle všechno protne, tak rodič nezná nic jiného, než za prohřešky, za které de facto hyperaktivní dítě nemůže, trestat. ...neporadí se s odborníkem, dítě ze školy nosí špatné známky a poznámky, tudíž jej rodič bije z neinformovanosti... Týrající rodič má zafixováno v mechanismu výchovy a přístupu k dítěti, že mu nejdříve dá facku a teprve potom jde něco řešit. Je pravda, že jsem zažila rodiny, kdy jsme pracovali, děti byly zamedikovány a ukázalo se, že lze vychovávat jinak. ...děti se zklidnily. Posléze docházely jednou za měsíc, škola dozorovala, OSPOD a v rodině se následně nedělo nic patologického. Ale pakliže je v rodině otec nebo strejda, který sexuálně zneužíval dítě, tak nevěřím tomu, že by se to dalo zajistit tak, aby se zneužívání nadále nedělo. Pokud už se daný člověk jednou pustil do fyzického kontaktu s dítětem, je to pro dítě nadále mimořádně ohrožující situace. (R4, s. 18-19) ...jestliže už někdo sexuálně zneužívá, jde o hlubší narušení struktury osobnosti. (R4, s. 18) Děti jsou nadále vystaveny nevhodnému zacházení, protože rodiče nemá kdo dozorovat, nebo to dělá jen formálně. (R4, s. 21) **VYŠETŘOVATELKA:** Riziko recidivy existuje vždy. (R9, s. 53) **SOC. PRACOVNICE:** ...vždy záleží na tom, proč se k nám vůbec dostalo. Pokud je prokázán trestný čin, záleží na tom, o jaký čin se jednalo... Existuje tolik důvodů, možností v osobnosti rodiče, který týral a tolik v osobnosti dítěte a především v perspektivě jeho příz-

nivého vývoje, že to by se mělo vždy důkladně zvážit v rámci řízení, kde to není na soc. pracovníkovi. ...je to případ od případu. Jsou situace např. u rodičů, kteří spáchali trestný čin - aniž bych je omlouvala - pod vlivem návykové látky. Bývá to nejčastěji zanedbávání, nemyslím jakékoliv dramatické ublížení. ...musí se léčit, nějakou chvíli abstinovat, ale proč by se to dítě nemohlo vrátit? (R11, s. 66-67)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Když máme dítě, u kterého víme, že maminka i tatínek jsou závislí na heroinu a oznámíme, že dítě chceme propustit do kojeneckého ústavu, přesto uznají, že dítěti bude lépe doma. Mně ta problematika zlobí, vadí mi, vím, že je neřešená. (R2, s. 9) **Nám velmi často nezbyvá nic jiného, než po ukončení soc. šetření pustit dítě do „laskavé péče“ svých rodičů, kteří ho tady během pár týdnů opět přivedou nebo přinesou. Ta situace se neustále opakuje. Jde o to, dostat je chvíli pryč z ohrožujícího prostředí, protože máme děti, které, kdyby mohly samy řešit svoji situaci jiným způsobem, tak ji zcela jistě řešit budou. Často ale tím, že je vrátíme do prostředí, které je pro ně výrazně deprimující, vyvstávají právě ty problémy, které tady jsou. Máme mladistvé závislé na alkoholu nebo dospívající, kteří opakovaně „experimentují“ s drogou. Jsou děti, které v domácím prostředí trpí chronickou nemocí a kde podmínky domácnosti – např. po závažných operacích - nejsou úplně takové, jaké by měly být. A my jim nedokážeme pomoci. (R2, s. 7) **PSYCHOLOŽKA:** Hodně rodičů má dítě kvůli sociálním dávkám. (R5, s.25) ...to nikdo nechce slyšet, protože rodina a sanace je základ. Oni chtějí peníze z těch dětí, je dítě samotné vůbec nezajímá... Chtěla bych pomáhat těm rodičům, ale někdy je pro ně pomoc to, že dítě nemají. ...připraví stejného člověka – ne-li horšího - do života. To není chtít jim ublížit, ale nejsou schopni předat cokoli pozitivního. To jsou lidé, kteří nechtějí změnit způsob života. ...někteří to neumí a nechtějí se naučit. Někdy se to podaří... V dětském centru je spousta dětí na dohodu s rodiči... ...při krizi, která existuje, nemůžou nic koupit dítěti, nemají pro ně oblečení, není najezené. Tihle lidé neumí zacházet s penězi, je to nikdo nenaučil. Na to jsou sanace výborné. V rodinách, které jsou na hraně, kdy si pořídí 10 dětí nebo 5 dětí. Spolu jsou šťastní, ale ta krize – kdy jsou na úřadu práce, protože pochází z alkoholické rodiny, jim pomáhá sklouznout k tomu, že situaci řeší opět alkoholismem, gamblerstvím nebo tím, že zbijí manželku. ...pomáhající profesionál může problém pomoci odhalit. Pokud to dojde do stadia, kdy je z člověka alkoholik, který bije děti, tak tam už nemají co dělat. Ale dovolit, aby k tomu nedošlo. A o to jde v sociální politice.“ (R5, s. 29)**

- **Negativní vývoj dítěte versus faktor resilience**

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Každý máme handicap, který znamená na jednu stranu hrozbu, na druhou stranu příležitost. Pokud dítě má touhu vymanit se, deprivace může být motivací k tomu, aby se z takového prostředí dostalo... Problém je jiná věc. ...aby se dítěti podařilo vymanit z bídy, musel by existovat systém, který by byl schopen děti z negativního prostředí vytáhnout a dostat pryč. Pokud tady nebude, budeme se vymlouvat na sociální dávky a jiné... Určitá skupina dětí ale může tyto situace zvládnout. (R2, s. 10-11) **PSYCHOLOŽKA:** ...říká se, že by ty děti měly jít z porodnice hned do rodiny. Můj názor je, že musíme rodičům předávat děti, kterým jsme pomohli z největšího stresu. Oni jim nepomůžou. ...dětí drogově závislých rodičů, alkoholiků, mají problém, který je velmi závažný – abstinenční syndrom. ...mají většinou žloutenku typu B, C, někdy i D nebo G. Někde je podezření na HIV, jinde jsou chlamydie, pohlavní choroby. Ve spojitosti se špatnou výživou. Ty děti se povětšinou rodí předčasně s nízkou hmotností. Je tam celková nezralost. Dokud nedozraje, nemůžeme vědět, zda nedošlo k úplnému poškození. Nikdy není abst'ák hned po porodu, ten je do 24 až 48 hodin. Je to normální, pokud si matka „šlehne“ nebo vypije než jde do porodnice, a ony ani většinou neví, kdy budou rodit, to může být 30. týden... Ta rodička si žije svůj způsob života a je jí všechno jedno. Když takové dítě dostanete do šesti týdnů z porodnice, tak co s ním náhradní rodič, který vůbec nemá ponětí, počít? My to rehabilitujeme, mají relaxace... Dostávají léčbu. Než přijdete na to, co tam všechno je za problém, je půl roku pryč. Proto lékaři nechtějí, aby děti šly v raném věku... Já nevím, jestli tam bude porucha CNS, špatná koordinace, jestli bude hluché, nebo budou postižené ledviny. Co já vím? (R5, s. 25)

- **Vliv společnosti na nárůst problematiky/důsledky na život dítěte**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: Když okolí toleruje bezpráví, agresivní chování, tak se to odrazí i v rodině. Nedá se to paušalizovat, ale společnost obecně – nespravedlnost v ní a životní nejistoty, že neexistuje ochrana, má na celý průběh velký vliv. (R1, s. 2) ...zakázaly se facky, pohlavky. Nejsem zastánce bití dětí – tudíž to neospravedlňuji, nicméně přehlíží se opravdové týrání. Respektive se neodkrývá, protože se všichni bojí. Každý má za sebou právníka a obává se, že se sám do něčeho „namočí“. Spěch, nezájem, nálada ve společnosti – na to vše doplácí děti... Nevzpomínám si, že by bylo tolik týrání jiného druhu. Určitě bylo, bylo ovšem méně odkrývané a hlavně se nemedializovalo. ...ted' pokud se něco stane, ví to celá republika, protože je to ve zprávách. (R1, s. 4) **LÉKAŘ2:** ...je to otázka budoucnosti. ...případů bude narůstat, rodiče budou přenášet starosti na své

děti. ...ne všichni mají cit, což vidíme denně v médiích. ...roli hraje ekonomická situace, vzájemné vztahy mezi příbuznými - také s prarodiči. ...celkově jsme benevolentnější - tím nemyslím lékaře, ale obecně republiku. V USA, když se zjistí týrání, dítě je okamžitě odebráno, jelikož jsou velmi striktní. Zde ta benevolence se týká i výchovných postupů, které jsou na děti aplikovány. Mám tím na mysli některé rodiny. (R3, s.12) **ZS. PRACOVNICE:** Do budoucna je závažnost velká. ...slyšíme, jak se budou krátit soc. dávky, zpříšňovat podmínky při přiznávání... Existuje souvztažnost se soc. postavením rodiny. Čím je rodina slabší, tím větší je riziko týrání. Ale to nevědomé, neúmyslné, jen proto, že dítě nemá podmínky takové, jaké mají děti v zajištěné rodině, nemá podněty, mnohdy odpovídající výživu, podmínky bydlení, trávení volného času. Rodiče nedbají na přípravu do školy, dítěti se nedostává podmínek, jaké by si zasloužilo a jaké mu naše Ústava zaručuje. S tímto hrozcím nebezpečím stále více rodin bude spadat do sociální potřebnosti a nižší soc. kategorie. Tak tady budou děti, které se nebudou rozvíjet. ...bude vyrůstat generace, která se nebude snažit studovat a získat odpovídající sociální zabezpečení. (R6, s. 35)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Pro mne je nejhorší forma týrání ta, které si nikdo nevšimá. Pokud dítě někdo zbije a ono vidí, že se vše řeší, že má zlomeninu, která se vyléčí, tak – i když to bude brát jako nespravedlnost a ublížení - půjde po vývojové stránce dál. Nebude to pro něj takový handicap, jako kdyby bylo neustále vystaveno deprivaci a nemělo by možnost se z ní vymanit z důvodu, že si jeho depresí nebo celkového stavu nebude nikdo všimát - bude brát pouze fakt, že dítě ve škole zlobí, nemá domácí úkoly a bude vystaveno posměchu, šikaně, protože je ze sociálně slabé rodiny. Sociální podtext beru jako největší mínus – skutečnost, že mají deprivaci a nemají se kde obrátit o pomoc. Vidím velmi často děti, se kterými nikdo nechte, kterých si nikdo nevšimá, neučí je mluvit. Jsou puštěny volně a vystaveny zevnímu prostředí, drogám, kriminalitě. Pak z nich máme patnáctileté kriminálníky. My říkáme, „je to grázl - dítě, které se neučí, bere alkohol, drogy“. ...za tu konečnou situaci můžou jejich rodiče, kteří je takto vychovali a společnost, která dovolila rodičům jim takto ublížit. (R2, s.9) **ZS. PRACOVNICE:** ...mnohdy dítě dává signál a nikdo ho neslyší. ...když si uvědomím, že přišlo ke svým rodičům v bezmeznou důvěře a bylo takovým způsobem zrazeno, tak je to pro něj doživotně něco nenapravitelného. Ať se na něm dějí jakékoliv terapie. (R7, s. 42) **VYŠETŘOVATELKA:** ...nízká čísla mohou být jen odrazem toho, že jde stále o problém „zavřených dveří“, lhostejnosti a nevšímavosti okolí, nikoliv ozdravení společnosti. (R8, s. 48)

- **Aspekty efektivní prevence CAN**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: VYŠETŘOVATELKA: ...velmi důležitá je informovanost rodičů a dětí. Na školách by měly probíhat semináře pro děti, kde by se dozvěděly na koho se v takovém případě obrátit. TV by měla podporovat dokumenty o týraných dětech. Velmi důležité je rodinné zázemí, kdy samotní rodiče by měli zamezit nejhoršímu. ...je důležité zmínit i změnu postojů společnosti, kde by měla být nulová tolerance násilí na dětech a měla by se zvyšovat profesionalita odborníků. (R9, s. 55)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: VYŠETŘOVATELKA: Jakákoliv smysluplná aktivita... Je třeba o věcech mluvit. Ovšem se znalostí věci a vkusem. Ať už jsou to mediální kampaně, besedy, přednášky či jiný způsob osvěty, to vše má své místo a svůj význam. (R8, s. 50) **SOCIÁLNÍ PRACOVNICE:** Nejlepší prevence je vyrůstat v dobré rodině, která funguje a kde se projevuje především to dobré. ...která umí konstruktivně případné problémy řešit. ...vzdělávání – největší prostor měl být dán v mateřských a základních školách. ...věnovat se komunikačním a vztahovým záležitostem, věcem ze sociální psychologie. Tam je veliký prostor pro základní i střední školství. Příprava na kvalitní rodičovství, aby se dítě narodilo tehdy, kdy si to rodiče přejí a lidem, kteří se navzájem chtějí a mají se rádi. ...osvěta a vzdělávání je především v mezilidských vztazích. (R10, s. 59)

5.7 OBLAST – VLASTNÍ VÝKON PROFESE AKTÉRŮ TÝMU

*Kategorie: **PRACOVNÍK KRIZOVÉ INTERVENCE** – charakterizována kódy: osobnostní faktory ovlivňující kvalitu výkonu profese, komunikační schopnosti/prostor a ochota věnovat čas, kritéria vzdělání pro výkon krizové intervence, vzájemné hodnocení interdisciplinární spolupráce* Angažovaní pracovníci KI jsou mnohdy pro dítě jediným zdrojem podpory a pomoci. Z tohoto hlediska vyžaduje KI od zúčastněných odborníků, mimo nezbytné schopnosti empatie a emoční podpory dítěte, široký rozsah znalostí a dovedností. Mimo ovládání diagnostiky a intervenčních strategií by, dle jejich názoru, měli krizoví interventi obecně disponovat především komunikačními schopnostmi. Respondenti vyzdvihují etický přístup pracovníků pomáhajících profesí.

- **Osobnostní faktory ovlivňující kvalitu výkonu profese**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...při své profesi jsem i dobrý psycholog. Každý to máme v sobě. Někdo je lepší anesteziolog a nezajímají ho lidské duše. Někoho naopak více. Je to vždy o daném lékaři a především o praxi. (R1, s. 3) **LÉKAŘ2:** Empatie

stoprocentně, ale nesmí si to zabírat moc, aby nevznikl syndrom vyhoření. To je druhá strana mince. ...v téhle práci do toho dáváte kus své osobnosti. Ale je to i otázka morálního kreditu – to každý sám cítíme. (R3, s. 13) **ZS. PRACOVNICE:** ...roli hraje i dlouholetá praxe a intuice. Rovněž bez empatie nemůže člověk vykonávat profesi. (R6, s. 35) **VYŠETŘOVATELKA:** Důležitý je osobní přístup a empatie. (R9, s. 55)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: ...svoji práci dělám tak, abych neměla špatné svědomí a abych někomu neublížila. Obecně na práci sociální, tím je i psychologie, by neměl jít člověk, který ji nedělá jako poslání. (R5, s. 29) **ZS. PRACOVNICE:** ...ublížit člověku, natož malému dítěti/dospívajícímu, je velmi snadné. To dítě tam stojí a je celé zmatené. Jde o to mu normálním a lidským způsobem říct, aby se nebálo. Na druhé straně je vzdělání důležité, aby člověk nepůsobil ve své nevědomosti jako slon v porcelánu a neudělal chybu někde, kde by byla pro dítě fatální... (R7, s. 43) **VYŠETŘOVATELKA:** ...důležitá je kombinace vzdělání a osobnostních vlastností. ...je velmi důležitá empatie, schopnost získat si důvěru. Jestliže Vám chybí, speciální vzdělání to nezachrání. (R8, s. 49) **SOC. PRACOVNICE:** ...pomoc člověku a obzvláště dítěti bez dobré analýzy a syntézy informací a i nezbytného citového náboje se nedá dělat. (R10, s. 59)

- **Komunikační schopnosti/prostor a ochota věnovat čas**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...hraje obrovskou roli i čas, který je malým pacientům věnovaný. (R1, s. 3) **PSYCHOLOŽKA:** Celé je to o tom, jak konkrétní mám říct, místo „podívejte se, vy půjdete do kriminálu“ „tohle by se s dítětem nemělo dělat, existuje jiná možnost výchovy a pokud vás dítě hodně zlobí, tak vás pošlu k dětskému psychiatrovi, který má léky na zklidnění, upravení prožívání, aby nebylo nutné dítě trestat“. (R4, s. 19) **VYŠETŘOVATELKA:** U specialistů je předpoklad, že mají zkušenosti s výslechem dětí. Je jim známo, jak celý úkon vést, jak přistupovat k dítěti, jak ho poučit a komunikovat s ním. Zejména by měli být trpěliví. (R9, s.55) **SOC. PRACOVNICE:** Je to zásah státu, zásah cizích lidí do nějakých představ a systémů v rodině, takže v klidu to není nikdy. Roli hrají emoce. ...velmi záleží na komunikační schopnosti, to je alfa a omega naší práce. Tady málokterá situace není vypjatá a když se dostane až k nám, tak umět s klientem komunikovat s cílem, aby to dopadlo dobře. Samozřejmě to nejde vždy, záleží i na klientovi samotném. (R11, s. 66)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Mnoho se vyřeší tím, že posloucháte a člověku dovolíte, aby si nahlas řekl svůj problém. Když mi řeknete svůj problém, tak

já se na Vás budu dívat s pochopením/nepochopením, s komunikací i neverbální. Dám Vám buď souhlas, nebo nedám. ...člověk sociálně slabý ho také potřebuje sdělit. Oni se dostanou do té situace – ale z jakého důvodu? Mnohdy ani sami neví. (R5, s. 29) **ZS. PRACOVNICE:** Práce s lidmi je o komunikaci, empatii, vše je pestré jak v kladech, tak v záporech. Tak jako jsou všichni lidé svým způsobem stejní, ale vždy jedineční, tak i tato práce je svým způsobem stejná, ale jedinečná díky tomu, že zde „pracovním předmětem“ je člověk. (R7, s. 37) **SOC. PRACOVNICE:** ...největším uměním soc. pracovníka je, když z nedobrovolných klientů udělá dobrovolné. (R10, s. 60) S klienty pod vlivem alkoholu se příliš diskutovat nedá, tam jsou jiné postupy. Zbavení rodičovské zodpovědnosti není ze dne na den, jedná se o dlouhodobý proces a musí být závažné důvody. Jistěže se můžeme dostat do konfliktu s rodiči, což je však součástí naší profese. S některými rodiči se komunikuje jednodušeji, s jinými obtížněji, jde vždy prvořadě o dohodu. (R10, s. 60)

- **Kritéria vzdělání pro výkon krizové intervence**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: V rámci kongresů organizovaných klinikou tady byly přednášky, přednášejícími byli psychologové z Krizových center Praha a Brno. Sociální pediatrie byla u nás vždy hodně preferovaná... (R3, s. 14) **PSYCHOLOŽKA:** V naší FN probíhají semináře každý měsíc... Jsou přednášky pro doktory a sestry. My se s tématy nevnučujeme, když nás osloví staniční nebo vrchní sestra, uděláme přednášku rádi. (R4, s. 21) **ZS. PRACOVNICE:** Je důležité znát postup, základní pravidla. ...je to otázka vzdělávání pracovníků. Vzdělání považuji za mimořádně důležité. (R6, s. 35) „Každý pracujeme dle svých znalostí na základě stejné legislativy. Musíme dodržovat dané normy, takže se snažíme každý dělat vše takovým způsobem, jak považujeme za nutné a správné. Všechno v jednotném právním systému. (R6, s. 36)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: ZS. PRACOVNICE: Dříve bývaly dny sociální pediatrie... konference v pravém slova smyslu. Byl tam multifunkční tým a každý měl co říct. Bylo to pozitivní, člověk si odnášel spoustu zajímavých informací a měl možnost se dozvědět něco nového z jiných oborů.“(R7, s. 38) Vzdělání je zcela určitě důležité. ...středoškolští pracovníci by měli mít povědomí o tom, jak fungují některé mechanismy. (R7, s. 43) **VYŠETŘOVATELKA:** ...vzdělání hraje významnou roli. Obecně získávají kriminalisté přehled o problematice v tříměsíčních kurzech na resortních školách. Jsou-li jmenováni jako specialisté, mají možnost nabýt teoretické vědomosti, vyměňovat si zkušenosti a poznatky z praxe v rámci školení, kurzů nebo specializačních seminářů. Problema-

tika dětí patří z hlediska nároků na odborné vzdělání specialisty k nejnáročnějším, je vyžadován široký záběr znalostí a orientace v mnoha souvisejících oborech. ...bude v dnešní složité ekonomické situaci náročné udržet kvalitní úroveň vzdělávání policistů. O to větší důraz bude kladen na sebevzdělávání a samostudium. ...je to proces dlouhodobý a trvalý. (R8, s. 49) **SOC. PRACOVNICE:** ...je důležité průběžné vzdělávání pracovníků a nikdy nekončící proces práce na sobě. ...sama se snažím vzdělávat i druhé, organizovat pro druhé. Nedá se poskytovat kvalitní pomoc bez vzdělání. (R10, s. 59)

- **Vzájemné hodnocení interdisciplinární spolupráce**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...spolupráce s policií a OSPOD je perfektní. Zvláště v průběhu praxe ve FN – vždy jsem měla perfektní zkušenost. Obdivuju je, tak jako oni obdivují nás. Každý máme to svoje a hlavně všichni víme, proč tu práci děláme. Spolupráce je úžasná, nikdy jsem neměla problém. (R1, s.4) **LÉKAŘ2:** ...co řekne sociální pracovník, vždy plně respektuju. Pokud ovšem není zdravotní indikace k další hospitalizaci, dítě nevyžaduje ještě další pobyt a přeléčení. (R3, s. 13) **PSYCHOLOŽKA:** ...hodnotím jednoznačně pozitivně – jsou to naši partneři. Každý jsme důležitý v jiné oblasti, a když se spojíme, tak to má efekt. Když se lékař podepíše pod to, že modřina vznikla jinak, než rodič říká, když psycholog napíše o citové deprivaci, když speciální pedagog řekne, že dítě není dobře výchovně vedeno, pak už má spisová dokumentace pro OSPOD, případně soudní jednání, nějakou váhu. (R4, s. 22) **ZS. PRACOVNICE OL:** Každý máme své kompetence – nebudu zasahovat lékaři do jeho kompetence. Já jej můžu požádat, když mám podezření, ale on je ten, který rozhoduje... (R6, s. 32) **SOC. PRACOVNICE:** Vzpomínám na kauzu, kterou jsme měli s dětskou privát..ní psychiatrickou, která tři měsíce věděla o tom, že na dítě někdo ne zrovna vhodně sahá - celé tři měsíce si to zkrátka nechala pro sebe. Nejenže to neoznámila vůbec policii, což je na její trestní stíhání, ale ani nám. Občas se stanou takové excesy a jsou to věci, kterým nerozumím proč se tak dějí. Opět se nedá paušalizovat, že by všichni byli takoví, ale prostě se to stalo. A v okamžiku, kdy takový případ dostanu na stůl, následuje rychlá akce, kdy se jenom divíte „proč jsem to nevěděla dřív“. Dá se shrnout, že lidský faktor zde hraje opravdu stěžejní roli. ...tohle jsou všechno odpovědné profese. Nic proti dělníkům ve strojírenském závodě, ale tam když mám provést nějaký úkon, tak ho mechanicky udělám a posunu výrobek dál, nebo ho neudělám a mám sankce - nižší plat, apod.. Kdežto toto je o člověku, jeho vkladu, osobnosti, odvaze... Podle mne to jsou věci profesionální - s tím osobním to souvisí, ale buďto tuto

profesi vykonávám se vším všudy, anebo ji nedělám. Ať ji radši nedělají, pokud mají s něčím takovým problém. (R11, s. 68)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Při podezření na naše upozornění reagují promptně a výslechy provádějí lidé, kteří jsou k tomu erudováni. Z hlediska spolupráce s Policií ČR nevidím vůbec žádný problém. (R2, s.6) **PSYCHOLOŽKA:** ...sociální problematika musí jít ruku v ruce se zdravotní problematikou. ...záleží na terénu, jestli dobře spolupracuje se zdravotně-sociální pracovníci, která je v nemocnici. Máme ale i sociální pracovníky, kteří jsou nerozhodní, váhaví, s těmi se spolupracuje špatně. Říká si „ještě to zkusím“, protože je spoustu nestátních organizací, které vidí, že to tam selhává, ale v naší republice je to tak, že nedošlo k pochopení, že všichni chceme jedno. My jako státní zařízení a oni jako nestátní zařízení. Je zde velká rivalita. A většinou není ku prospěchu věci. (R5, s. 26) **ZS. PRACOVNICE:** ...Je ze zákona naše povinnost, protože si nemůžeme dovolit nad něčím mávnout rukou, aby se za 14 dní zjistilo, že dítě mělo následky úrazu a že to lékař bagatelizoval nebo že OSPOD nebyl informován. Akčnost týmu, počínaje lékařem, sestrou, zdravotně-sociálním pracovníkem, která pak navazuje na OSPOD a policii nemá chybu. I mladí lékaři, kteří přicházejí do praxe jsou natolik vyškoleni a „vychováni“ v tom, aby vše tímto způsobem probíhalo. (R7, s.38) Lékaři rozhodnutí OSPOD vždy zcela respektují. ...musím být schopná nahlédnout jeho medicínský problém a on musí být schopen nahlédnout můj úhel pohledu soc. pracovníka... (R7, s. 40-41) **VYŠETŘOVATELKA:** Multidisciplinární spolupráce má velký význam... (R8, s.46) V kontaktu jsme byli pravidelně se všemi členy intervenčního týmu, nejčastěji se sociálními pracovníky. Při operativní práci, kdy hodně času trávíte v terénu sběrem informací, byli právě oni našimi nejbližšími partnery. ...negativních zkušeností s kolegy bylo minimum a nejednalo se o nic, co by zásadním způsobem ovlivnilo vývoj nějakého případu. Přičítám to osobním vazbám, které jsme si v průběhu dlouholeté spolupráce vybudovali, a které považuji za velmi důležité. To nám také umožnilo věci řešit rychle a efektivně bez zbytečných průtahů, protože jsme o sobě věděli a mohli se na sebe spolehnout. (R8, s. 50) **SOC. PRACOVNICE:** ...spolupráce s policejní složkou funguje velice dobře. Funguje tady tým pro mládež, kde jsou zúčastnění všichni z významných institucí, kteří participují na ochraně dětí. (R11, s. 58)

Kategorie: BURN-OUT SYNDROM – charakterizována kódy: výskyt v pomáhajících profesích KI, vyvolávající faktory vzniku osobní krize pomáhajícího, způsob vyrovnání se

s psychickou zátěží/motivace k výkonu povolání, firemní kultura/efektivní podpora ze strany zaměstnavatele?

Extrémní náročnost KI a charakter situací při řešení syndromu CAN se vyznačuje nutností rozhodovat se pod časovým tlakem a potýkat se s širokou škálou emocí. Za nepříznivých okolností může kontakt s dětskými klienty v krizi a s dospělými asociálními klienty vyústit k vyčerpání organismu interventa. Zkušenost s tímto fenoménem v pomáhajících profesích má v menší či větší míře převážná většina respondentů, kteří zmiňují, že v praxi se lze syndromu burn-out ubránit jen stěží. Přestože každý z respondentů používá, aby prevenci vyhoření, své vlastní strategie, za důležitý prvek je považována zejména vzájemná podpora v týmu a zejména ze strany zaměstnavatele.

- **Výskyt v pomáhajících profesích KI**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...existuje ve velkém procentu. Kdo se tomu brání, tak si něco nalhává. (R1, s. 4) **LÉKAŘ2:** To je jako u kolegů na JIP, u dětí je to o to složitější. (R3, s. 13)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Syndromu vyhoření nelze předcházet. Jsou exponovaná místa, časy a pracovní zařazení. Známe to všichni – špatně se o tom mluví. (R2, s.8) **VYŠETŘOVATELKA:** To je snad u každého povolání, kde pracujete s lidmi. Snažíte se být maximálně profesionální i za cenu toho, že se psychické vypětí a vnitřní pocit neuspokojení snažíte potlačit, tak aby to neovlivnilo váš výkon. Dříve či později se to však stejně někde projeví ať už je to práce nebo soukromí. (R8, s. 49-50)

- **Vyvolávající faktory vzniku osobní krize pomáhajícího**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...syndromem burn-out budou vždy trpět pracovníci, kteří do své práce dávají všechno. (R1, s. 4-5) **PSYCHOLOŽKA:** Osobně mi každé týrané dítě vezme strašnou spoustu emocí - je to pro mne zátěž. ...vždy se mne to hluboce dotýká jako člověka, mámy i jako odborníka a skutečně se za to dítě peru. S tím, že vytrhnout ho z týrajícího prostředí je pro mne zásadní věc, protože tam je vše o citové deprivaci. (R4, s.19) Řešila jsem případ sexuálně zneužívané dívky, kdy mi lékařka z kojeneckého ústavu oznámila, že rodiče, kteří týrají děti, by přece nenosili pomeranče... A pak se zcela zpochybní posudek znalce z oboru psychologie u dítěte, které bylo surově bité, mlácené, mělo vytrhané ostrůvky vlasů s tím, že všechno si ta dívka prováděla sama. Takto v profesi dochází k vyhoření – snažíte se a někdo vaši práci zcela znevažuje. To mne štve a vůbec mi to není jedno. Nemůžu přece říct, nepouštějte matku k dětem. (R4, s. 21) **ZS. PRACOVNICE:** ...pokud profesi někdo vykonává a řeší vše bez podpory vedení a je jeho

práce snižována, neresepektována, pak elán a nadšení pro práci časem opadá. Potom od svých cílů a ideálů, jak by jste profesi chtěl dělat, upouštíte a děláte jen to nejdůležitější, co je třeba akutně řešit. Např. zabezpečit propuštění dítěte. ...je to problém obzvláště v malých nemocnicích. Co se týká CAN, tak se vůbec neřeší. Tam se řeší senioři, kteří se zabezpečí před propuštěním – to je náplň práce soc. pracovníků v malých zařízeních. Nemají kapacitu všechno sami obsáhnout. Absenci si nahrazují sami. ...v FN tvoříme velký tým soc. pracovníků, jsme navzájem zastupitelní. (R6, s. 36) **SOC. PRACOVNICE:** ...pro většinu lidí je soc. pracovnice paní Zubatá z filmu Kolja. A když se podíváte na investigativní žurnalistiku, tak jsem v podstatě nezaznamenala pozitivní informace o tom, že OSPOD někde zajistil dítě, zachránil ho před utrpením v tyranizující rodině, slyšíte pouze, kde udělal chybu. Nikdy jsem neslyšela, že lékař oznámil a včasné jsme zasáhli, aby se neprotahovala traumatizace dítěte... To, že jsme se to nedozvěděli, protože to nikdo nenahlásil, nikdo neřeší. V tomto je společenské naladění vůči této profesi velmi negativní, lidi netuší, co je to za práce, jak je to opravdu těžké a že hlavně naše poslání není krást děti skvělým rodičům a dávat je do ústavu, ale je to o něčem úplně jiném. (R11, s. 66)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Nemám vyhoření vůči práci, ale spolupráci s lidmi, se kterými se názorově lišíme. Měla jsem krizi, kdy člověk z nestátní organizace, který má vůči mně osobní averzi, se dostal k moci a snažil se přes svoji moc udělat vše pro to, abych uvízla v té mašinérii. Najali právníka, přitom se jednalo o patologickou rodinu, hnali nás přes ombudsmana.... Připadám si někdy jako Don Quichotte... Občas se sama sebe ptám, proč tady chci být, když můj postoj je pro mnohé nepřijatelný a nepohodlný. Proč s něčím bojovat, když to lze zamést pod koberec? ...není to vůči práci s klienty, vůči rodičům – i když mi nadávají. Ale to je způsob jejich života a vyjadřování... Moje problémy se nikdy nevztahují na práci s dětmi, ale vzhledem k lidem, kteří rozhodují a ne vždy kompetentně... (R5, s. 29) **ZS. PRACOVNICE:** ...cokoliv soc. pracovník udělá – vždy je to v povědomí veřejnosti špatně. Buďto vezme dítě z rodiny a je za „mrchu“, že ho vzala, nebo ho tam nechá a opět je za „mrchu“, že ho tam nechala a něco se stalo. ...pokud komukoliv řeknu, že jsem soc. pracovnice – každému vstanou vlasy hrůzou na hlavě, protože se mu vybaví paní Zubatá z filmu „Kolja“ – ta děsná úřednice, která sanuje rodinu, děcko někam zavře, prostě všechno špatně. (R 7, s. 39-40) Nedocenení v této profesi je téma samo o sobě. ...už jsem přestala bojovat o své místo na slunci, protože vím, že ho mám. To, že si někdo myslí, že ho nemám, není můj problém. ...vždy se najde někdo, koho budete provokovat a bude se vám snažit otrávit život (pomluvami i jakkoli jinak) –

tak je to nastaveno v spektru společnosti vždy, ale obecně vzato dobré vztahy to je něco, co si prostě nekoupíte, nedostanete jen tak. (R7, s.40) **VYŠETŘOVATELKA:** ...posledních 10 let jsem se věnovala zvláště závažným násilně a sexuálně motivovaným trestným činům páchaných na dětech. ...u mne se syndrom vyhoření projevoval jako podle příručky. Přesně to odpovídalo tomu, jak jsem se cítila a nechtěla jsem v práci pokračovat za každou cenu jen proto, že bych neměla jinou volbu. Úzká specializace je u specifické problematiky v určitých aspektech výhodou, na druhou stranu se může stát omezující rutinou. To byl jeden ze zásadních důvodů, které ovlivnily mé konečné rozhodnutí od policie odejít... (R8, s. 45) Nevylučuji, že se k profesi, která s problematikou dětí souvisí, v budoucnu vrátím. (R8, s. 49-50) **SOC. PRACOVNICE:** ...mne zasahovalo moc příběhů. V podstatě každý případ náročný na emoce, čas, dovednosti a týmovou spolupráci. (R10, s. 58)

- **Způsob vyrovnání se s psychickou zátěží/motivace k výkonu povolání**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘ2: Nemůžete řešit problémy za klienty. Je nutné aktivity, které máte mimo, oddělit od práce. ...nemůžete si nosit práci domů. ...osobnost hraje roli a určité rodinné zázemí. (R3, s. 13) **VYŠETŘOVATELKA:** Některé případy jsou smutné, ale snažím se k tomu přistupovat profesionálně. Nemyslím si, že by mě některý případ až tak zasáhl. Spíš je to velmi náročné na psychickou stránku. (R9, s. 52) Práce mě baví a potěší mě, když se nám něco povede. Moje praxe je pouze 5 let, což nepovažuji za dlouhou dobu na to, abych měla tzv. syndrom vyhoření. ...každé povolání má něco. To, co mně vždy vnitřně očistí, je sport. Je to pro mne maximální odreagování. (R9, s. 55)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: LÉKAŘ: Stoupající procenta určitých patologických jevů jsou v pomáhajícím povolání pravidlem. Z hlediska statistik jde např. o nadužívání alkoholu. Je nutné dodržovat obecná doporučení: pravidelně relaxovat, střídat aktivity, mít jiné zájmové věci. (R2, s.8) **PSYCHOLOŽKA:** Mám ráda vztahovou patologii, ráda s těmi lidmi pracuju, protože věřím, že každý je dobrý člověk, jen potřebuje někoho, kdo mu pomůže. I když jsem stokrát dostala po ruku, že to tak není – jsem celoživotní optimista. (R5, s. 26) Jsem si vědoma, že dítěti pomáhám, když ho vezmu z týrajícího prostředí. To je celé a to mi stačí. (R5, s.27) **ZS. PRACOVNICE:** Musím mít určitou fyzickou zátěž, nějaký sport - člověk se vypne a dělá mechanicky činnost, která mu dělá radost. Velká opora je v rodině, ale nejvíc mně drží duchovní potřeby... Tím nechci říct, že by to musela být nutně náboženská víra v tom obecně vžitém vzorci, který je obvyklý. Je tam velký prostor. Znamená to neustále na sobě pracovat a vzdělávat se, a to nezávisle na věku.

(R7, s. 43) **SOC. PRACOVNICE:** Důležité je udržovat dobré vztahy s lidmi. A především dobrý vztah k sobě samému. (R10, s.60)

- **Firemní kultura/efektivní podpora ze strany zaměstnavatele**

FAKULTNÍ NEMOCNICE: LÉKAŘKA: ...prospívá pouze změna pracoviště, nikoliv zaměstnavatele. Vždy je nutné poslouchat zaměstnance, proč má daný problém a zkusit jej vyřešit. Důležitý je pohovor s pracovním psychologem. Nejsem v tomto ohledu úplně optimistická... ne každý se dokáže svěřit někomu, kdo pracuje na stejném pracovišti, kdy nadřízený s daným psychologem úzce spolupracuje. ...v 90ti % to může vyřešit přímo nadřízený zaměstnanec. (R1, s. 4-5) **ZS. PRACOVNICE:** Vše je o firemní kultuře. Vím o případech, kdy podpora ze strany vedoucího není, pak je postavení v zařízení problematické. Od něj se totiž odvíjí i problematická spolupráce s ostatními odborníky a kolegy. Když máte podporu vedení, prezentace soc. práce, prokazování soc. opatření a spolupráce se soc. pracovníkem je snazší a lepší. Pak je možnost vzniku psychické opotřebovanosti nižší. Pokud je firemní kultura dobrá, pak to má pozitivní dopad i na ostatní pracovníky. Myslím tím podpůrné aktivity, předcházení negativnímu postoji. Jde o rozpočet, kdy pracovníci mají možnost využívat rekreace, tělovýchovné a rehabilitační odpoledne. Ze strany našeho vedení podpora existuje. Jsem začleněná do odborné profesní organizace, setkáváme se jako kolegyně. Můžeme si své problémy ventilovat... Tímto se podporujeme, nacházíme problémy v podobných věcech, o kterých můžeme vzájemně diskutovat, protože neexistuje jednotné metodické vedení. Je to i na každém pracovníkovi individuálně. (R6, s. 36)

VÍTKOVICKÁ NEMOCNICE: PSYCHOLOŽKA: Pro svoji potřebu dojíždím na Pesso Boyden terapii. Jde o určitou formu supervize. (R5, s.29) **ZS. PRACOVNICE:** Supervize by byla skvělá. Ale vzhledem k tomu, že peníze jsou na prvním místě, tak nevím. Měla jsem čest být účastníkem supervizní akce, a bylo to příjemné, protože jsem v té době měla konflikt s rodinou pacienta. V tu chvíli jsem supervizi ráda využila, protože jsem o svém selhání mohla diskutovat. Od té doby mám svůj vnitřní obranný mechanismus. (R7, s. 44)

VYŠETŘOVATELKA: Je třeba po nějaké době změnit profesi nebo alespoň obor v rámci profese, protože ten zúžený obzor je někdy na obtíž a omezuje vás. (R8, s. 45) **SOC. PRACOVNICE:** Máme možnost supervize. Vždy jsme měli možnost intervize...velice dobrý prostředek, jak tzv. nevyhořet. Je dobré, když se v kolektivu spolupracovníků najde ne jeden ale alespoň dva, kteří jsou pozitivním motorem. ...skepse může dopadnout na každého z nás a je dobré, když nepadne na všechny současně. (R10, s.60)

VÝSTUP VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Kvalitativní výzkum byl zaměřen na vzájemnou spolupráci zdravotnického zařízení, OSPOD a PČR – sledoval postoje a zkušenosti členů dvou vybraných interdisciplinárních týmů z olomouckého a ostravského regionu, s cílem zodpovědět výzkumné otázky, dotýkající se problematiky dětské KI za hospitalizace. Zdrojem dat se staly polostrukturované rozhovory se zainteresovanými odborníky, ve kterých byly sledovány čtyři základní oblasti: odhalování syndromu CAN, spolupráce interdisciplinárního týmu, okolnosti plánování následné péče a vlastní výkon profese aktérů týmu. V obou zdravotnických zařízeních je poskytována komplexní péče dětem ve věku od 0 do 19 let, zahrnující diagnostiku k určení typu zdravotních potíží, léčebnou a pooperační péči. Ambulantní část FN je rozčleněna na všeobecnou a příjmovou ambulanci a ambulanci jednodenní diagnostiky, dětskou LSPP. Část lůžková zahrnuje JIRP, oddělení kojenecké a menších dětí, oddělení chirurgických oborů, oddělení starších dětí a oddělení hematookologické. Dětské oddělení VN zahrnuje příjmovou ambulanci, odborné ambulance, ordinace PLDD, v lůžkové části standardní a novorozenecké oddělení, JIP. Součástí oddělení je dětské středisko, které pečuje o děti po stránce léčebné i preventivní. Pomoc dítěti v kritické životní situaci v souvislosti se syndromem CAN je poskytována jak v ambulantní, tak na lůžkové části oddělení.

- **Jaká jsou nejčastější dilemata při diagnostice syndromu CAN a jeho výskyt na daných pracovištích?** V obou zdravotnických zařízeních se s určitou pravidelností setkávají se všemi formami syndromu CAN. Pediatři danou problematiku diagnostikují zpravidla v situacích, kdy se nepředpokládá týrání, zcela náhodně jsou však objeveny známky poškozování při jakémkoliv vyšetření, původně prováděném za jiným účelem nebo již při konkrétním podezření na syndrom CAN z podnětu OSPOD/orgánů činných v trestním řízení při akutním ošetření potíží dítěte. Děje se tak přes ambulantní část nemocnice, kdy na základě klinických vyšetření může ambulantní lékař rozhodnout o dalším postupu – zda bude postačující ambulantní léčba nebo je nezbytné zajistit urgentní hospitalizaci. Dle respondentů se ojediněle vyskytují závažné případy násilí (složitě fraktury, krvácení do mozku, popáleniny), včetně specifických podob CAN (Münchhausenův syndrom by proxy, SBS syndrom). Ve většině případů se, spíše než zřetelné symptomy ublížení, objevují určité známky ohrožení psychosociálního vývoje. Dle respondentů, špatné zacházení s dítětem se zpravidla odehrává bez fyzického násilí, avšak se závažnými důsledky ve formě určité deprivace (kognitivní, emoční, motorické) a psychosomatických potíží. U dětí je vždy nutné rozlišovat jak problémy aktuální, tak i potenciální. Opakovaně je zmiňován závažný

problém přímého ohrožení dítěte v prenatálním období (syndrom bitého plodu, fetální alkoholový syndrom). Nejsou-li po porodu učiněna patřičná opatření, po narození dítěte zpravidla dochází v péči biologické matky k jeho přímému poškozování. Respondenti se shodli na tom, že mimořádně závisí na skutečnosti, ve kterém vývojovém období života dítěte je záchyt CAN uskutečněn. Výzkum potvrzuje, že přímému ohrožení ve smyslu zanedbávání povinné péče a fyzického týrání jsou nejčastěji ohroženy děti velmi útlého věku (novorozenci, kojenci, batolata, předškolní věk). Respondenti zdůrazňují nutnost komplexní pediatrické péče, ve které by měl být kladen zvýšený důraz na složku sociálně-preventivní. Případy týrání, zanedbávání nebo zneužívání jsou mnohdy relativně dlouho skryté, vzhledem k tomu, že k nim dochází v soukromí rodinného systému (tzv. latentní kriminalita). V ideálním případě by tedy mělo dojít k propojení práce PLDD v ordinaci s prací v terénu. Respondentky z řad OSPOD vnímají spolupráci s PLDD jako velmi dobrou, v současnosti jsou však vnímány ojedinele též závažné nedostatky v povinném hlášení. Respondenti se shodli na tom, že je nezbytné podporovat snahu lékařů řešit situaci dětí a upozornit na trestně-právní postih v případě nesplnění zákonné oznamovací povinnosti. Rozhodující je navazující spolupráce OSPOD s PČR a PLDD, lékaři zdravotnického zařízení a dalšími subjekty zabývajícími se konkrétní péčí o ohrožené děti. Respondenti zdůraznili vynikající zkušenost se spoluprací pedagogů při oznamovací povinnosti – odpovědnost předškolních a školních zařízení za ochranu dítěte je důsledně dodržována.

- **Jaká je návaznost řešení situace dítěte v případě hospitalizace u akutních stavů?** Prioritou intervenčního týmu je seznámení se s konkrétním rozsahem poškození dítěte, jeho aktuální sociální situací a předpokládanou délkou pobytu na lůžkovém oddělení. Vše je zabezpečeno náležitým komplexním vyšetřením pro potvrzení nebo vyloučení diagnózy a stanovení komplexní léčby. Postupy medicínské, psychologické a sociálně-právní pomoci se vždy odlišují dle druhu ohrožení a následků CAN v konkrétním případě. V této fázi KI navazuje spolupráce intervenčního týmu zdravotnického zařízení (pediatr, psycholog, zdravotně-sociální pracovník) s odborníky z příslušných vnějších institucí (OSPOD, PČR). V obou zařízeních jsou striktně dodržovány zákonné normy – lékaři na základě vyhodnocení situace informují kompetentního zdravotně-sociálního pracovníka, popř. přímo plní oznamovací povinnost, kterou jsou vázáni ve vztahu ke spádovému OSPOD a též k orgánům činným v trestním řízení – objeví-li se již v počátku závažnější okolnosti ubližování dítěti. V procesu diagnostiky a šetření, která probíhají souběžně s léčbou a terapií, je prováděna analýza zdrojů podezření (doba a četnost násilí, kdo původně poskytl informaci o

podezření na CAN), zjišťování a shromažďování informací ze všech dostupných zdrojů a důkazů souvisejících s násilím na dítěti či nedostatečnou péčí o ně pro posouzení případu a vyšetření dítěte i rodičů. Spolupráce mezi jednotlivými institucemi je podpořena jednotným informačním prostředím Systému včasné intervence (SVI). Informace do systému poskytuje (doplňuje a upřesňuje) automatizovaně PČR, ostatní subjekty (obecní policie, zdravotnická zařízení, školy a další) mohou pouze vkládat oznámení o podezření na týrání prostřednictvím elektronických formulářů (hlášenek). Informace nebo jejich část jsou přístupné, v souladu s platnými právními předpisy, zapojeným subjektům v rozsahu, který předpisy připouštějí. Profesionální posouzení situace dítěte vždy vychází z hlubších znalostí celkových podmínek rodinného systému dítěte. Zpracování informací, jejich průběžná aktualizace a vyhodnocování je zcela v kompetenci OSPOD. Celý průběh od zahájení je soustavně sledován dle potřeb vyplývajících z hodnocení dílčích výsledků SVI a dle proěřených skutečností se odvíjí další opatření. Je-li nutné přistoupit k výslechu dítěte, obě respondentky z řad SKPV kladou důraz na dodržování metodiky vedení výslechu a zejména pečlivou přípravu s důrazem na psychologické zvláštnosti dětské oběti tak, aby nedošlo k sekundární viktimizaci. Jelikož trestní řád striktně nestanovuje místo konání výslechu, dle kontextu situace a naléhavosti může být realizován v dětské výslechové místnosti, popřípadě přímo ve zdravotnickém zařízení. V případě dětí se syndromem CAN je zřejmé, že jejich věk, psychický stav a další okolnosti ovlivňují ochotu nebo schopnost adekvátně komunikovat. Orgánům činným v trestním řízení jsou k dispozici soudní znalci, kteří jsou cíleně oslovováni k vypracování odborného posudku za účelem posouzení sociální úrovně dítěte a jeho věrohodnosti. Ve všech případech syndromu CAN vyúsťuje posouzení všech okolností ve volbu optimální formy následné péče, ať už z hlediska nezbytných sociálně-právních opatření, tak z hlediska psychologického a terapeutického řešení situace dítěte. Ať už je případ kriminalizován, nebo nikoliv, OSPOD odpovídá před zákonem za všechna doporučení, postupy, rozhodnutí a formy intervence. Jestliže není reálné, aby se v důsledku krizové situace dítě vrátilo do původního prostředí, o jeho odebrání z rodiny a o svěřením do jiné péče může rozhodnout výhradně soud na návrh OSPOD. Soud předběžným opatřením nařídí, aby bylo dítě předáno do péče osoby, kterou v usnesení označí – např. příbuzný dítěte nebo ZPDVOP. O návrhu soud rozhoduje bezodkladně, nejpozději do 24 hodin poté, co byl podán. V této souvislosti se poněkud rozcházejí názory respondentů na akčnost intervence – v mnoha případech by považovali za nutnou rychlejší reakci OSPOD a soudu. Jestliže je bezprostředně po přijetí dítěte k hospitalizaci zřejmé, že převládá spíše sociální

důvod pobytu (tzn. neexistuje zdravotní indikace – dítě má „pouze“ hematomy), lékaři de-facto nemají možnost hospitalizaci prolongovat a jsou nuceni dítě vydat rodičům, pokud dítě vyžadují. Délka hospitalizace vždy souvisí se zjištěnými skutečnostmi, zda jde o akutní nebo chronický stav a se závažností rozsahu poškození dítěte. Účast psychologů a sociálních pracovníků v této fázi pomáhá při stanovení cílů KI vyloučit nerealizovatelné a stanovit vhodnou formu zajištění následné péče.

• **Jaké jsou, s ohledem na prosperitu dítěte a zabránění dalšího poškozování, nejčastější tendence v přístupu k řešení (sanace rodiny versus institucionální péče)?**

Dětská oběť pochází z dočasně nebo chronicky dysfunkčního rodinného systému. Po odhalení násilí je vždy vystavena extrémní zátěži a za všech okolností musí být zajištěna její bezpečnost. Terapeutický plán a další intervence jsou závislé na věku dítěte, způsobu a délce trvání poškozování a především skutečnosti, zda se jednalo o ublížení ze strany blízkého nebo cizího člověka. Bezprostřední opatření se dotýká rozhodnutí, zda je bezpečné vrátit dítě do rodiny, nebo je nutné realizovat umístění mimo rodinný systém. Špatné zacházení je řešeno v rozmezí sahajícím od represe (trestní stíhání/potrestání pachatele) až po komplexní pomoc rodinnému systému. Další postup je vždy, dle zjištěných skutečností, průběžně přizpůsobován. Přestože situace často nasvědčuje určité formě CAN, diagnóza je zpravidla potvrzena až v průběhu delšího času. V souvislosti s náročností vyšetřování okrajově respondentky zmiňují i problematiku tzv. falešně pozitivních případů. Praxe ukazuje, že jednoznačně s definitivní platností je potvrzeno pouze minimum kauz – zpravidla jde o nejzávažnější případy, u nichž je celkový kontext zřejmý a jsou zdokumentovány nesporné diagnostické znaky. Mnohdy je poškození dítěte kvalifikováno jako ublížení na zdraví z nedbalosti, nehoda nebo zanedbání péče. Dle obou respondentek z řad PČR je soudní rozhodování mnohdy ztíženo neexistencí přímých důkazů. Mezi neobjasněné případy lze zařadit rovněž ty, které jsou de-facto zřejmé, avšak nikoliv dle zákonných norem. Tzv. pravděpodobné případy CAN, které nebyly potvrzeny, jsou předurčeny pro intenzivní spolupráci s OSPOD. Součástí komplexní zdravotní a psychologické léčby následků CAN je koordinovaná pomoc sociální, civilně-právní/trestně-právní, která spočívá v odstranění nebo omezení příčin nevhodného zacházení s dítětem. Jde o legislativní, kontrolní a řídicí sféru péče o ohrožené děti, často za účasti neziskových organizací. Volba konkrétních intervencí závisí na individuálním případě, možnostech odborníků a dané rodiny. Současná nabídka služeb zahrnuje různé druhy terapie (individuální/rodinné), terénních a preventivních programů. Nejvíce výitek ze strany respondentů bylo směřováno právě k sociálním

opatřením na pomoc dítěti – ta se jim v některých případech jeví, vzhledem k postoji biologických rodičů, jako neefektivní až kontraproduktivní. Dle převážného mínění dotazovaných odborníků je přemístění do jiného výchovného prostředí oprávněné zejména tehdy, není-li v rodinném systému naděje na pozitivní změny a není pochyb, že nové prostředí bude z hlediska zajištění základních psychických potřeb a především z hlediska bezpečí dítěte kvalitnější a stabilnější. Respondenti zdůrazňují, že i přes riziko vzniku dětské deprivace v institucionální péči, může mít v závažných případech příliš zdlouhavé odkládání umístění mimo poškozující rodinný systém za následek závažné poruchy ve vývoji dítěte, které lze později jen velmi obtížně upravovat. Je-li dítě, v rámci jeho bezpečnosti, nezbytné z rodinného prostředí odebrat, umístění může být za účasti OSPOD realizováno v rámci širší rodiny, k příbuzným, kterým dítě důvěřuje, kteří jsou schopni se o ně postarat a spolupracovat s odborníky. Jestliže v případech závažného ubližování dítěti podpurný psychosociální systém neexistuje, je náhradním poskytovatelem sociální opory institucionální péče (ZPDVOP) a to do doby, než je návrat dítěte do biologické rodiny reálný, popř. je vybudován jiný systém sociální opory. V případě nutnosti odejmutí dítěte z rodiny se mnohdy dítě samotné tomuto opatření brání a případnou ztrátu rodičů oplakává. Optimální míru a povahu kontaktu dítěte s původní rodinou, kde probíhalo ubližování, je nutné, dle respondentů, posuzovat s ohledem na práva všech zúčastněných. Respondenti považují za důležitou zejména psychologickou pomoc dětem ve smyslu pomoci vyrovnat se se ztrátou rodičů nebo obnovy vztahů v rodinném systému. Má-li být realizována institucionální výchova, mělo by být garantováno ze strany státu, aby kvalita péče v těchto zařízeních byla na co nejvyšší úrovni ve smyslu komplexní péče a to bez ohledu na skutečnost, kdo je zřizovatelem zařízení.

- **Jaký je osobní názor respondentů na reálnou možnost sanace rodinného systému a riziko recidivy?** Riziko transgeneračního přenosu respondenti považují bez výjimky za značné. Shodují se, že špatné zacházení má celý komplex příčin, přičemž osobnostní anomálie rodičů nemusí být rozhodující. V praxi se prokazuje řada rozporných charakteristik týrajících rodičů a situací pro jejich jednání. Rozhodnutí, zda bude prováděna socioterapie a rodinná terapie se všemi členy rodiny společně, závisí vždy, dle charakteru situace, na rozhodnutí odborníků. V následné péči se vždy počítá s řadou specifíků, kdy je nezbytné uzpůsobit nároky terapie například snížené intelektové kapacitě rodičů nebo jejich odlišnému kulturnímu zázemí. Dle psychologů rodiče obvykle nejsou pro spolupráci motivováni nebo nejsou změny v přístupu k dítěti schopni. Pokud je rodina ochotná dlouhodobě

spolupracovat a je z její strany vyvíjena snaha přijmout změny a integrovat je do výchovných přístupů, je možné to považovat za důležitý předpoklad překonání potíží – zachování rodiny bez rizika dalšího ohrožení dítěte. Základním principem je vytvoření tzv. psychosociální sítě – propojení subjektů, státních a nestátních institucí (zdravotních, sociálních, terapeutických, pedagogických, volnočasových). Jde zejména o prioritní úlohu OSPOD, kdy je za všech okolností nutné poskytnout z jejich strany objektivní informace o tom, zda jsou k dispozici zdroje a podmínky pro kvalitní spolupráci, která umožní pozitivní změny v rodinném zázemí dítěte. Ovlivnit rodičovské chování pozitivním směrem v některých případech nedokážou ani ty nejnákladnější terapeutické programy. Vždy je nutné znát náhled rodičů, zda jsou schopni pochopit svoji odpovědnost za umístění jejich dítěte do institucionální péče nebo zda ji přenáší na zúčastněné odborníky.

- **Jaký je náhled na riziko syndromu burn-out při zvládání dané problematiky?**

Výkon pomáhající profese je spojen s osobním rizikem. Mimo termínu burn-out syndrom (tzv. vyhoření) se specificky v oblasti KI setkáváme s výrazy stres/vyčerpání ze soucitu, tzv. sekundární posttraumatická reakce. Jestliže profesionál není podpořen v tom, aby svoji osobní krizi včas překonal, chronická reakce přechází ve ztrátu osobního zaujetí pro profesi. Dle respondentů je určitý psychologický dopad výkonu povolání nevyhnutelnou součástí profesního života. Supervize, s možností individuální konzultace se zkušeným odborníkem, by v současnosti měla být již samozřejmou součástí výkonu povolání.

ZÁVĚR

V posledních několika desetiletích nastala řada významných změn v chápání práv dětí. Přesto se i v současné společnosti můžeme setkat s dětmi, které trpí nešetrným a poškozujícím zacházením ze strany primárních pečujících osob, na kterých jsou zcela závislé. Děti jsou po odhalení násilí obvykle vystaveny extrémnímu tlaku a za všech okolností by měla být zajištěna jejich bezpečnost. Nešetření tragické události může znamenat celoživotní psychickou zátěž, se kterou se lze vyrovnávat jen velmi těžce. Krizová intervence u dětí ve zvlášť obtížné životní situaci, zahrnující kromě sociálních, trestně-právních a civilně-právních aspektů především pomoc medicínskou a psychologickou, sehrává rozhodující roli. Každý ze zúčastněných profesionálů vstupuje do řešení situace dítěte svým vlastním specifickým přístupem, založeným na metodách a postupech svého vlastního oboru. Výsledky klinické práce pediatrů, psychologů a dalších odborníků založených na anamnestice, diagnostice, terapii a léčbě jsou v rámci interdisciplinární spolupráce konfrontovány s nálezy a výsledky šetření, které přichází ze strany orgánů sociálně-právní ochrany dětí a orgánů činných v trestním řízení. Problematika CAN je tak řešena zásahem a včasnou aktivitou zainteresovaných institucí, které se mohou samy aktivně podílet na vytváření vhodných postupů a právních institutů. Zajištění terapeuticky vhodného prostředí a ochrany dítěte před dalším ohrožením nebo poškozováním je výsledkem součinnosti celého intervenčního týmu.

Životní podmínky týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí nás nutí zamýšlet se nad otázkami, kdo má pečovat o dítě v nejujtějších vývojovém období jeho života, jak se malé dítě dokáže adaptovat mimo biologickou rodinu, spokojit se pouze s představou rodičů a jak prožívá různé formy nemateřské péče. Je-li nezbytné přistoupit k zajištění institucionální péče, mělo by být garantováno ze strany státu, aby kvalita výchovného prostředí v těchto zařízeních byla na co nejvyšší úrovni ve smyslu komplexní péče a to bez ohledu na skutečnost, kdo je zřizovatelem zařízení. Cílem našeho výzkumu bylo zmapování reálných možností multidisciplinární spolupráce a formulace faktorů, které výrazně ovlivňují návaznost pomoci dítěti a průběh jeho léčby. Výstupy šetření by měly být především zpětnou vazbou pro oba zainteresované interdisciplinární týmy k dalšímu rozvoji efektivity vzájemné spolupráce v oblasti řešení problematiky CAN. Z výzkumu vyplývá, že účast všech odborníků v krizové intervenci, kteří by se měli snažit hledat konsenzus v posuzování situace ohrožených dětí, by měla být vždy dostatečně zabezpečena při kvalitní a rozsáhlé kontinuální pomoci jak medicínské, tak i nemedicínské.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-550-4.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol.. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
3. BENTOVIM, Arnon. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-629-3.
4. BECHYŇOVÁ, Věra. *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. Praha: Ireas, 2007. ISBN 978-80-86684-47-5.
5. BISKUP, Pavel. Diagnostika syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte – doporučený postup určený lékařům primární péče. *Pediatric pro praxi*. 2001, č. 4, s. 164-168. ISSN 1213-0494.
6. BISKUP, Pavel. Zvládání ochrany dětí před násilím. *Pediatric pro praxi*. 2003, č. 1, s. 21-23. ISSN 1213-0494.
7. BISKUP, Pavel. Detekce syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte v ordinaci praktického lékaře. *Pediatric pro praxi*. 2005, č. 1, s. 44-46. ISSN 1213-0494.
8. BUBLEOVÁ, V., VRÁNOVÁ, L. a A. VÁVROVÁ. *Základní informace o náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče, 2011. ISBN 978-80-87455-01-2.
9. BUCHANEC, J., ONDREJKA, I. a O. CHROMÁ. Münchhausenov syndróm. *Pediatric pro praxi*. 2003, č. 6, s. 319-321.
10. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Kriminální psychologie*. Praha: Eurounion, 1998. ISBN 80-85858-70-3.
11. ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-931-3.
12. ČÍRTKOVÁ, Ludmila a Petra VITOUŠOVÁ. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
13. DUNOVSKÝ, J., Z. DYTRYCH a Z. MATĚJČEK. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
14. DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-2549.
15. ELLIOT, Julian a Maurice PLACE. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0182-0.

16. FERJENČÍK, Jiří. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9
17. GÁL, P., L. PLÁNKA a D. STARÝ. Shaken baby syndrom. In: *Sborník příspěvků z Mezinárodního semináře „Prevence dětských úrazů – Prevence násilí na dětech – Podpora mentálního zdraví dětí“*. Praha: CZ PRES, 2009, str. 16.
18. GOLDMANN Radoslav a Martina CICHÁ. *Základy pediatrie pro pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2006. ISBN 80-244-1477-5.
19. HANUŠOVÁ, Jaroslava a Kateřina HELLEBRANDOVÁ. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2006. ISBN 80-86991-79-2.
20. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 10 80-7367-040-2.
21. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
22. KLÍMA Jiří. *Pediatrie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. ISBN 80-86432-38-6.
23. KRAUSOVÁ, Lucie a Věra NOVOTNÁ. *Sociálně-právní ochrana dětí*. Praha: ASPI, 2006. ISBN 80-7357-214-1.
24. LANGMEIER, Jiří a Dana KREJČIŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
25. LANGMEIER, J., K. BALCAR a J. ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-710-7.
26. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
27. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.
28. MOLNÁROVÁ, Gabriela. Několik poznámek k problematice týrání dětí. *Epravo.cz* [online]. Publikováno 15. 4. 2002 [cit. 18. 10. 2011]. ISSN 1213-189X. Dostupný z WWW: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nekoli-poznamek-k-problematice-tyrani-deti-16435.html>.
29. MVČR. *Program zřizování speciálních výsledkových místností pro dětské oběti a svědky Policií ČR*. [online]. [cit. 18. 12. 2011]. Dostupný z WWW: www.mvcr.cz/soubor/dokumenty-kriminalita-program-svm-doc.aspx
30. MVČR. *Hodnocení systému péče o ohrožené děti – národní projekt systému včasné intervence*. [online]. [cit. 3. 12. 2011]. Dostupný z WWW:

- <http://www.mvcr.cz/clanek/hodnoceni-systemu-pece-o-ohrozene-deti-narodni-projekt-systemu-vcasne-intervence.aspx>
31. MVČR. *Závazná metodika Systému včasné intervence a týmů pro mládež pro rok 2007*. [online]. [cit. 16. 11. 2011]. Dostupný z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/dokument/2007/prevence/mladez1016/priloha3.pdf>
 32. Obecný vzdělávací systém pro úředníky místních samosprávných orgánů: *Správní činnosti při sociálně-právní ochraně dětí*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 2008. PHARE CZ 0209-02-01-005. [online]. [cit. 29. 10. 2011]. Dostupný z WWW: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sprava/priprava/e_learning/ochranadeti.pdf
 33. PAVLÁTOVÁ, Eva. Násilí na dětech – jak dál v prevenci syndromu CAN. *Zdravotnické noviny*. 2010, č. 16. ISSN 1214-7664.
 34. PEŠOVÁ, Ilona a Miroslav ŠAMALÍK. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1216-4.
 35. PLEVOVÁ, Marie. *Dítě v nemocnici*. Masarykova univerzita v Brně: Pedagogická fakulta, Brno, 1997. ISBN 80-210-1551-9.
 36. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2968-8.
 37. PÖTHE, Petr. Kriminální chování a kvalita raného vztahu. In: *Sborník „Raný vývoj dítěte a možnosti rané intervence“*. Praha: o.s. Futurum, 2001, str. 31-39.
 38. *Pracovní postup: syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte*. Česká asociace sester, o.s., 4/2009. [online]. [cit. 19. 9. 2011]. Dostupný z WWW: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0002.pdf
 39. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
 40. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
 41. SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1613-8.
 42. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
 43. SLANÝ, Jaroslav. *Syndrom CAN - syndrom týraného dítěte*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-474-7.

44. SVOBODA, M., D. KREJČÍŘOVÁ a M. VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-566-0.
45. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2624-3.
46. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.
47. ÚLEHLOVÁ, Dagmar. Dítě jako svědek domácího násilí ve zdravotnické ambulanci. *Zdravotnické noviny*. 2010, č. 8. ISSN 1214-7664.
48. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
49. VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
50. ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.
51. ZACHAROVÁ, Eva. Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*. 2008, č. 8, s. 56-57. ISSN 1213-0494.
52. ZOUBKOVÁ, Ivana. Kriminalita páchaná na mládeži. *Kriminalistika*. 2001, roč. 34, č. 2, s. 93-99. ISSN 1615-9453.

Právní prameny

Sdělení MZV č. 104/1991 Sb., o Úmluvě o právech dítěte

Věstník MZ č. 3/2008 – Metodické opatření k postupu lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Věstník MZ č. 6/2008 – Metodický pokyn pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím

Věstník vlády pro orgány krajů a orgány obcí. Částka 5/2008. Národní strategie prevence násilí na dětech v ČR na období 2008-2018.

Vyhláška ministerstva zdravotnictví ČR č.55/2000 Sb., seznam zdrav. výkonů s bodovými hodnotami

Vyhláška č. 3/2010 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek

Vyhláška 39/2012 Sb., o dispenzární péči

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 99/1963, občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 553/1991 Sb., o obecní policii, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění dle pozdějších změn a doplňků

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

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

Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

Zákon č. 218/2003 Sb., o soudnictví ve věcech mládeže, ve znění pozdějších předpisů

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

Internetové stránky

www.detske-urazy.cz

www.mpsv.cz

www.mvcr.cz

www.mzcr.cz

www.stopnasilinadetech.cz

www.sviportal.eu

www.urazneninahoda.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CAN	Child Abuse and Neglect, tj. souhrn příznaků týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.
ČR	Česká republika.
FN	Fakultní nemocnice.
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky.
MPSVČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí.
PČR	Policie České republiky.
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost.
PTSP	Posttraumatická stresová porucha.
SKPV	Služba kriminální policie a vyšetřování.
SPOD	Sociálně-právní ochrana dětí.
SVI	System včasné intervence.
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
VN	Vítkovická nemocnice.
ZPDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Předem definované otázky výzkumu.

Příloha P II: Schéma řešení problémů ohrožených dětí (Staněk, 2008).

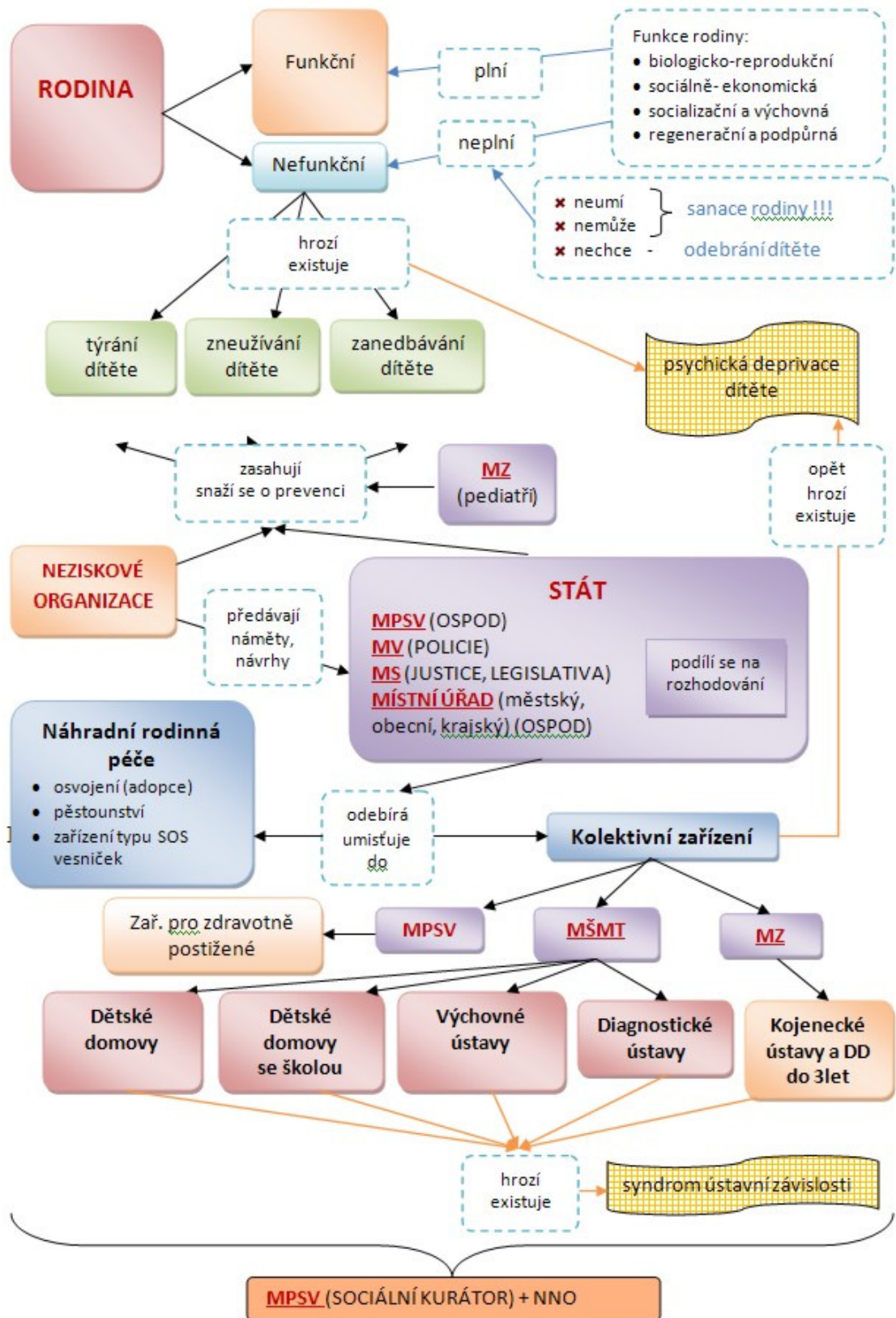
Příloha P III: Charta práv hospitalizovaných dětí.

PŘÍLOHA P I: PŘEDEM DEFINOVANÉ OTÁZKY VÝZKUMU.

1. Jak často se setkáváte a pracujete s dětskou klientelou zasaženou syndromem CAN?
2. Odkud se nejčastěji o týrání dozvídáte, respektive za jakých okolností je zajištěna hospitalizace dítěte?
3. Co je pro Vás zásadním signálem pro vyslovení podezření na diagnózu CAN?
4. Jak velkou roli podle Vás hraje dispenzární péče a role praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD)?
5. Jak byste blíže charakterizoval/a svoji roli v intervenčním týmu po nahlášení případu?
6. Jakým způsobem probíhá Vaše příprava na intervenci?
7. Jak probíhá komunikace s rodiči, kteří týrají nebo o týrání vědí? Jakým způsobem je řešen případný nesouhlas s hospitalizací dítěte ze strany rodičů?
8. Jak vnímáte v těchto případech zásah státu do práv rodičů (předběžné opatření)?
9. Do jaké míry jste obeznámeni o náplni činnosti ostatních pomáhajících profesí v týmu?
10. Jakým způsobem probíhá kontakt a konzultace s ostatními odborníky?
11. Které podklady jsou pro Vaši práci nejdůležitější (zprávy lékařů/psychologa, soudních znalců, sociální šetření sociálních pracovníků)?
12. Jakým způsobem probíhá péče o dítě po přijetí (léčebný režim)?
13. Jaké nejdůležitější psychologické aspekty péče považujete za nejdůležitější při péči o děti zasažené CAN a při výslechu dítěte?
14. Probíhá zlepšení fyzického a psychického stavu už v průběhu hospitalizace? Děje se tak v závislosti na poskytované péči?
15. Jak velký je prostor a čas věnovaný každému dítěti? Jaká je v průměru délka hospitalizace? Po jaké době je vůbec reálné dítě propustit z oddělení?
16. Za jakých okolností a jak rychle je rozhodnuto, kam bude dítě propuštěno (návrát do rodinného systému versus institucionální péče)?
17. Jaký je Váš názor na navrácení dětí do prostředí, kde jim bylo ubližováno? Jste v případech CAN pro umístění dětí do jiné než mateřské péče vzhledem k riziku recidivy?
18. Jaký může mít efekt sanace rodiny a práce na zlepšení vztahů v rodině, která způsobila poškození dítěte?
19. Jak podle Vás dítě prožívá různé typy mimorodinné péče po zkušenostech, kterými si v biologické rodině prošlo?
20. Od čeho se odvíjí rychlost řešení daného případu? Čím je ovlivněna doba komplexního zhodnocení situace? Jaká je úspěšnost dořešení daných případů?

21. Jakou formu prevence syndromu CAN považujete za nejefektivnější?
22. Co by měli pracovníci krizové intervence znát a ovládat nejlépe? Jak výrazný efekt má podle Vás vzdělání a odborný výcvik?
23. Jaká je Vaše osobní strategie a prevence proti burn-out syndromu při zvládnání náročných situací u problematiky CAN?
24. Využíváte při výkonu krizové intervence supervize? Co by Vám pomohlo ve vaší profesi, tak, aby jste pocíťoval/a pomoc vůči vám jako efektivní?

PŘÍLOHA P II: SCHEMA ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ OHROŽENÝCH DĚTÍ, STANĚK, 2008.



PŘÍLOHA P III:

CHARTA PRÁV HOSPITALIZOVANÝCH DĚTÍ

1. Děti mají být přijímány do nemocnice pouze tehdy, jestliže péče, kterou vyžadují, jim nemůže být stejně dobře poskytnuta doma, nebo při denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají vždy právo mít u sebe své rodiče nebo jejich zástupce.
3. Ubytování by mělo být nabídnuto všem rodičům a ti by měli být podporováni v tom, aby zůstali. Pro rodiče by to nemělo být finanční zátěží a neměli by trpět ztrátou výdělku. Aby se mohli podílet na péči o své dítě, měli by být rodiče trvale informováni o chodu oddělení a měla by být podporována jejich aktivní účast.
4. Děti a rodiče mají právo být informováni způsobem odpovídajícím jejich věku a úrovni chápání. Měla by být učiněna opatření ke zmírnění fyzického a emočního stresu.
5. Děti a rodiče mají právo na informovanou účast ve všech rozhodnutích týkajících se péče o ně. Každé dítě má být chráněno před zbytečnou léčbou a výzkumem.
6. Děti mají být ošetřovány spolu s dětmi, se kterými mají stejné vývojové potřeby a nemají být přijímány na oddělení dospělých. Pro návštěvníky dětských oddělení by neměla platit žádná omezení, pokud se týká věku.
7. Děti mají mít veškeré podmínky ke hrám a odpočinku a vyučování vhodnému pro jejich věk a stav a mají být v účelném, nábytkem vybaveném a stimulujícím prostředí, které má být vybaveno v souladu s jejich potřebami.
8. děti má pečovat personál, jehož vzdělání a zkušenosti mu umožňují reagovat na fyzické, emoční a vývojové potřeby dětí a jejich rodin.
9. Kontinuita péče by měla být zajišťována týmem pečujícím o děti.
10. S dětmi má být zacházeno s taktem a pochopením a jejich soukromí má být vždy respektováno.

Charta práv hospitalizovaných dětí byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1998.

Český výbor pro UNICEF