

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**KRIZOVÁ INTERVENCE U KLIENTŮ KRIZOVÝCH CENTER  
ZAMĚŘENÝCH NA PRÁCI S DĚTMI A RODINOU.**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

AUTOR PRÁCE: Bc. JANA KOTRČOVÁ

VEDOUCÍ PRÁCE: PhDr. LIBUŠE VLÁŠKOVÁ

DATUM ODEVZDÁNÍ PRÁCE: 25.5.2009

## **Krizová intervence u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou.**

Diplomová práce chce upozornit na nejčastější důvody nepříznivé životní situace dětí, které jsou řešeny v krizových centrech. Úvodní část práce se zaměřuje na teoretické vymezení pojmů krize, krizová intervence, rodina a její význam pro děti, problematika rozvodů a syndrom CAN.

Cílem předložené diplomové práce bylo zjistit s jakou problematikou se nejčastěji setkávají pracovníci krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou a porovnat klientelu a služby ve dvou vybraných krizových centrech a to v Praze a v Českých Budějovicích.

Zvolenou metodikou, která ověřila předpokládanou hypotézu, byl kvantitativní výzkum. Byla využita metoda analýza dokumentů, technika sekundární analýza dat. Data byla zpracována a znázorněna pomocí grafů.

Pro porovnání služeb Krizového centra pro děti a rodinu v Jihočeském kraji a Dětského krizového centra byl využit kvalitativní výzkum, technika rozhovor, metoda polostandardizovaný rozhovor.

Na začátku diplomové práce byla stanovena hypotéza, že problematika syndromu CAN u klientů krizových center se vyskytuje častěji než ostatní problémy. Hypotéza se nám podařila potvrdit pouze v Dětském krizovém centru v Praze.

Pro porovnání služeb, ve vybraných krizových centrech, byl využit polostandardizovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo celkem 9 respondentů. Z odpovědí pracovníků krizových center, se kterými byl veden rozhovor vyplynula následující hypotéza: pracovníci krizových center se domnívají, že poskytované služby v rámci krizové intervence jsou dostatečné.

Diplomovou práci bude možno využít jako ucelený přehled problematiky, kterou řeší dvě ze tří specializovaných krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou. Pracovníci krizových center budou moci navzájem porovnat svoji práci. Dále může diplomová práce sloužit jako podnět pro zavedení nových služeb.

## **Crisis intervention in clients of crisis centres focused on work with children and families.**

The thesis draws attention to the most frequent causes of children unfavourable life situations which are solved in crisis centres. Introductory part focuses on theoretical definitions of crisis, crisis intervention, family and its importance for children, the problems of divorces and CAN syndrome.

The aim of the thesis was to find out which are the most frequent problems encountered by the crisis centres workers and compare the clients and services of two selected crisis centres in Prague and České Budějovice.

The chosen methodology which proved an anticipated hypothesis was a quantitative research. The method of document analysis and the technique of secondary data analysis were used. The data was processed and diagrammatized.

For the service comparison of both crisis centres (Crisis Centre for Children and Families in South Bohemian Region, Children Crisis Centre) qualitative research, the techniques of an interview, the method of semi-standardized interview were used.

At the beginning the hypothesis was stated: the problems of CAN syndrome in clients of crisis centres occurs more often than other problems. The hypothesis was proved only in Children Crisis Centre in Prague.

For the service comparison of the chosen centres semi-standardized interview with nine informants was used. From the answers of crisis centre workers the following hypothesis emerged: crisis centre workers suppose that provided services in terms of crisis intervention are sufficient.

The thesis might be used as a complete survey of the problems which are solved by two from three specialized crisis centres focused on the work with children and families. The crisis centre workers will be able to compare their work. Further, it might serve as stimulation for new service implementation.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma krizová intervence u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou vypracovala samostatně a pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 5.5.2009

.....

Bc. Jana Kotrčová

Děkuji vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Libuši Vláškové za cenné rady, připomínky a metodické vedení.

## OSNOVA:

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 KRIZE</b> .....	<b>9</b>
1.1.1 PŘÍČINY KRIZE .....	9
1.1.2 TYPOLOGIE KRIZÍ .....	10
1.1.3 PRŮBĚH KRIZE .....	11
1.1.4 KRIZE V DĚTSTVÍ .....	11
<b>1.2 ŘEŠENÍ KRIZE - NEFORMÁLNÍ POMOC V KRIZI</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 ŘEŠENÍ KRIZE - FORMÁLNÍ POMOC V KRIZI.....	12
1.2.2 ETAPY KRIZOVÉ INTERVENCE.....	13
1.2.3 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE .....	14
1.2.4 SPECIFIKA KRIZOVÉ INTERVENCE U DĚTÍ.....	15
1.2.5 PRACOVNÍK KRIZOVÉ INTERVENCE.....	16
<b>1.3 KRIZOVÁ CENTRA</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 KRIZOVÉ CENTRUM ZAMĚŘENÉ NA PRÁCI S DĚTMI A RODINOU ...	17
1.3.1.1 DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM – PRAHA .....	18
1.3.1.2 KRIZOVÉ CENTRUM PRO DĚTI A RODINU V JIHOČESKÉM KRAJI .	19
<b>1.4 RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO DÍTĚ</b> .....	<b>20</b>
1.4.1 DEFINICE RODINY .....	20
1.4.2 FUNKCE RODINY .....	21
<b>1.5 ROZVOD</b> .....	<b>23</b>
1.5.1 HISTORIE ROZVODOVOSTI.....	23
1.5.2 ASPEKTY ROZVODU .....	23
1.5.3 REAKCE DĚTÍ NA ROZVOD .....	24
1.5.4 NÁSLEDKY ROZVODU VE VZTAHU K DÍTĚTI .....	25
1.5.5 SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE .....	26
<b>1.6 SYNDROM CAN</b> .....	<b>27</b>
1.6.1 VÝSKYT SYNDROMU CAN .....	28
1.6.2 DEFINICE SYNDROMU CAN .....	28

1.6.3 ZPŮSOB VZNIKU SYNDROMU CAN .....	29
1.6.4 FORMY A PROJEVY SYNDROMU CAN .....	29
1.6.4.1 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ .....	30
1.6.4.2 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ .....	30
1.6.4.3 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ .....	32
1.6.4.4 ZANEDBÁVÁNÍ .....	34
1.6.4.5 ZVLÁŠTNÍ FORMY CAN .....	35
1.6.5 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU SYNDROMU CAN .....	36
1.6.6 PREVENCE SYNDROMU CAN .....	36
1.6.7 DETEKCE SYNDROMU CAN .....	37
1.6.8 NÁSLEDNÁ PÉČE O DĚTI TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ	38
1.6.9 SYNDROM CAN A MEZINÁRODNĚ PRÁVNÍ NORMY .....	39
1.6.10 SYNDROM CAN A ÚSTAVNÍ NORMY ČESKÉ REPUBLIKY .....	41
<b>2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>45</b>
2.1 CÍLE PRÁCE .....	45
2.2 HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	45
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>47</b>
3.1 POUŽITÁ METODA - KVANTITATIVNÍ VÝZKUM .....	47
3.1.2 POUŽITÁ METODA - KVALITATIVNÍ VÝZKUM .....	48
3.2 ZKOUMANÝ SOUBOR .....	49
<b>4. VÝSLEDKY .....</b>	<b>50</b>
4.1 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU .....	50
4.2 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....	53
<b>5. DISKUZE .....</b>	<b>76</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>84</b>
<b>7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>85</b>
<b>8. KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>89</b>
<b>9. PŘÍLOHA .....</b>	<b>90</b>

## ÚVOD

V současné době se o krizi hovoří jako o běžné životní události. S krizí se můžeme setkat všude kolem nás. Každého jedince může kdykoliv potkat. Nicméně zvláště pro děti je krize velmi těžká životní zkušenost. Představuje pro ně velkou psychickou a fyzickou zátěž, se kterou se obtížně vyrovnávají. Organizace, které pomáhají dětem, nacházející se v těžké životní situaci, jsou také krizová centra, zabývající se především problematikou týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.

Při volbě tématu diplomové práce mě inspiroval nechvalně známý případ týrání dvou chlapců, především jejich vlastní matkou a tetou, který byl médií označen jako kuřimská kauza. Veřejnost, s tímto otřesným činem, byla seznámena v roce 2007 a dodnes stále není vyřešen. Proto jsem se rozhodla v diplomové práci věnovat krizové intervenci u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou.

Předložená diplomová práce chce upozornit na nejčastější důvody nepříznivé životní situace dětí, které jsou řešeny v krizových centrech. V úvodní části této práce se zaměřuji na teoretické vymezení pojmů krize, krizová intervence, rodina a její význam pro dítě, problematiku rozvodů a syndrom CAN.

Cílem předložené diplomové práce bylo zjistit jaká problematika se nejčastěji vyskytuje u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou a porovnat klientelu a služby ve dvou vybraných krizových centrech a to v Praze a v Českých Budějovicích.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 KRIZE

Pojem krize je v současné době často užívaný. Akademický slovník cizích slov vysvětluje krizi jako dobu, kdy vrcholí rozpory, rozhodný obrat, též jako těžkou, svízelnou situaci (36). Krize označuje nejvyšší bod, vrchol, avšak také bod obratu, zvrát v dění. Označení krize se používá v řadě životních událostí. Hovoříme o ní tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. Krize prožíváme jako neodkladné, naléhavé situace (23).

Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy, způsobený kritickými událostmi nebo životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení (42).

#### 1.1.1 PŘÍČINY KRIZE

Matoušek (32) uvádí rozlišení spouštěčů krize podle Reného Thoma., „Za vnější spouštěče krize označuje:

1. Ztrátu objektu – nejenom ztráta osoby úmrtím, rozchodem, odcizením, ale ztráta čehokoliv, k čemu jsme vázání a identifikováni, je vnímána jako ohrožení.

2. Volbu – když si zvolíme jednu cestu, hodnotu, nese to s sebou vzdání se jiné. Volba mezi dvěma stejnými kvalitami může způsobit bezradnost a vyčerpání váháním.

3. Změnu – kvalitativní a kvantitativní skoky v nás podporují pocit nepohodlí a nejistoty. To platí i v případě, že jde o pozitivní zlom.

Dále uvádí vnitřní spouštěče krizí:

1. Nutnost adaptace subjektu na vlastní vývoj a změny z toho pramenící, tzn., že spouštěčem může být právě neschopnost vyhovět požadavkům vývoje.

2. Jev, který nazýváme pojmem hybris (zaslepenost, zpupnost). Jsou to kroky a strategie, které problém sice neřeší, ale v nejtěžších chvílích umožní překlenutí situace. Dlouhodobě tyto jevy nemohou obstát a jsou zdrojem potenciálních krizích v budoucnosti“.

Sestavit úplný výčet událostí, které mohou být příčinou krize, není možné. Krize je stavem ryze subjektivním. Svůj vnitřní svět i své okolí vnímá každý jedinec odlišně. Věci, události a ostatní lidé mají pro každého člověka jiný význam. Každý člověk disponuje různě silnými obrannými a adaptačními mechanismy a mírou frustrační tolerance. V roce 1964 sestavil Holmes a Rahe inventář životních událostí, které se mohou stát příčinou krize viz. příloha č.1. (42).

### ***1.1.2 TYPOLOGIE KRIZÍ***

Různí autoři preferují různá kritéria pro typologizaci krize. Např. podle způsobu manifestace rozlišujeme krize zjevné či latentní, dle průběhu lze krize dělit na akutní a chronické. Dále můžeme rozdělit krize na vývojové a situační.

Zjevné krize – jsou krize, které si člověk uvědomuje, připouští a většinou ho nutí čelit něčemu, co odporuje jeho sebeobraně a hodnotovému systému. Patří sem krize, které souvisejí s rozpadem vztahu, nevěrou, nemocí, apod.

Naopak latentní krize – je taková, kterou si člověk neuvědomuje a nechce nebo nemůže si je připustit. Tento stav vede k nevědomým, často nevhodným způsobům adaptace. Projevuje se to např. únikem do nemoci, přílišnou pracovní aktivitou.

Akutní krize jsou bouřlivé, mají jasný začátek a někdy i konec. Bývají reakcí na traumatické životní události – nehody, vážné onemocnění, napadení, znásilnění, rozpad vztahu atd.

Chronické krize bývají svým počátkem nenápadné, trvají dlouho, několik měsíců i roků. Jde o procesy, které mají charakter latentní krize, někdy vznikají nedostatečným nebo povrchním řešením akutních krizí. Typickým příkladem chronické krize je nedořešený konflikt v manželství či ve vztahu (32).

Vývojové krize jsou neoddelitelnou součástí lidského života. Přinášejí určitou změnu a přijetí nových rolí a úkolů. Vyžadují nové zvládající strategie a způsoby řešení, jsou doprovázeny emočním napětím, které může být vnímáno i negativně.

Situační krize jsou důsledkem vnějších, většinou neočekávaných situací, epizod. Někdy se označují jako traumatické, jsou-li vyvolány intenzivními, silnými stresory. Tyto krize ohrožují jedince identitu a integritu, pocit bezpečí, zdraví (42).

### ***1.1.3 PRŮBĚH KRIZE***

Fáze vyrovnání se s krizí jsou shodné se známým modelem E. Kubler-Rossové. Adaptace na krizovou situaci probíhá v těchto následujících fázích – počáteční šok, popření, fáze agrese a hněvu, deprese a akceptace (22). Fáze nemusí probíhat přesně v daném sledu, mohou se překrývat či některé z nich mohou klienti přeskočit a k jiným se vracet (42).

Velmi diskutovaný je časový rámec, v němž krize probíhá. Rozhodující doba pro zpracování krize je asi 6-8 týdnů. Pro skutečnou integraci extrémní psychické zátěže je zapotřebí mnohem delší doby. Někdy tento proces trvá mnoho měsíců, někdy i let (32).

### ***1.1.4 KRIZE V DĚTSTVÍ***

Krize v dětství má své odlišnosti a liší se v různých ohledech od krizí v dospívání či v dospělosti. Tato specifika se projevuje v identifikaci krize (dítě nedokáže jednoznačně sdělit, že se nachází v krizi) v širším spektru „spouštěčů“ krize, ale především v projevech a důsledcích samotné krize.

Mezi situace, které mohou vyvolat u dětí krizi patří narození sourozence, nemoc dítěte, nemoc jiného člena rodiny, odloučení dětí od rodičů, adopce, umístění dítěte do ústavního zařízení, týrání a zneužívání dítěte, rozvod či rozchod rodičů, nástup dítěte do výchovně-vzdělávacích institucí, smrt rodičů nebo jiných blízkých osob, nevlastní rodič.

Krize v dětství má různé podoby. Může probíhat latentně. U mladších dětí se krize projevuje somaticky nebo na úrovni chování. Projevy a důsledky krize v dětství mají různou podobu – poruchy řeči, koktavost, tiky, pomočování, sexuální projevy dítěte, pokusy o sebevraždu a sebepoškozování, poruchy spánku, problémy při hře, školní selhávání, fantazírování, lhaní, krádeže, agresivita, konflikty a trucování, symptomy deprese, psychosomatické reakce, křeče a afektivní záchvaty (42).

## **1.2 ŘEŠENÍ KRIZE - NEFORMÁLNÍ POMOC V KRIZI**

Při řešení krize můžeme využít svépomoci či vzájemné pomoci. Hovoříme tak o neformální pomoci v krizi. V souvislosti se svépomocí využívá jedinec obranné mechanismy. Mezi ně patří útok, únik, represe – vytěsnění toho, co se ve skutečnosti děje, regrese - návrat do vývojově nižšího stádia, suprese - záměrné a vědomé potlačení, inverze – převrácené chování, popírání, racionalizace, projekce, sebeobviňování, atd.

Vzájemnou pomocí je myšleno pomoc od blízkých osob nebo institucí ve formě emocionální podpory, praktické pomoci, rady a informací. Sociální podpora má přímý vliv na snížení stresu, působí jako nárazník blokuující vliv krizové situace. Pokud systém sociální opory chybí, vede to ke snížení psychické odolnosti jedince a možnosti si s krizí poradit (42).

### **1.2.1 ŘEŠENÍ KRIZE - FORMÁLNÍ POMOC V KRIZI**

Formální pomocí v krizi je institucionalizovaná pomoc osobám v krizi, která bývá označována jako krizová intervence (42).

Vodáčková uvádí definici krizové intervence. „Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“

Krizovou intervenci tvoří různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová intervence zahrnuje pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní (43).

Krizová intervence se vyznačuje specifickými znaky. Patří mezi ně okamžitá pomoc – klient by měl být ošetřen co nejdříve. Odložení kontaktu může výrazně

prohloubit bezmoc a zvýšit autoagresivní chování. Následuje snadná dosažitelnost pomoci, kontinuální péče, definování minimálních cílů, prevence zhoršení stavu, pomoc by měla být aktivní, je-li to nutné, direktivní (32).

### ***1.2.2 ETAPY KRIZOVÉ INTERVENCE***

Krizová intervence je proces, který směřuje z výchozího bodu do cílového. Etapy tohoto procesu jsou popisovány různými způsoby. Uvádím třífázový model Naděždy Špatenkové.

1. Úvod – navázání kontaktu s klientem. Pro poskytování krizové intervence je tento požadavek nezbytný. Klient je často v tísní, prožívá šok, zmatek, úzkost, beznaděj a může se chovat neadekvátně, bez rozmyslu, ale i agresivně. Pracovník poskytující krizovou intervenci akceptuje klienta se všemi jeho projevy. Navázání dobrého kontaktu s klientem je klíčové.

Součástí této fáze je zajištění bezpečí. Klient, který se necítí ohrožen, bude schopen pokračovat v intervenci. Bezpečí se týká jak fyzické tak psychické stránky klienta.

2. Stat' – pracovník, poskytující krizovou intervenci shromažďuje informace, které slouží k posouzení rozsahu krizové reakce, příčin krize a okolností, za jakých k ní došlo, k objasnění přetrvávajícího ohrožení, k posouzení stupně dezorganizace ve způsobu chování a zachování možností k překonání krize.

Důležité je získat informace o době trvání příznaků krize – za jakých okolností k nim dochází, jak klient subjektivně chápe příčiny krize a jaký význam krizi přikládá, jaký vliv má krize na jeho nejbližší okolí. Důležité je zjistit jak se klient vyrovnával s předchozími krizemi,

V této fázi vzniká plán, jak krizi řešit. Prozkoumá se sociální opora klienta – zda existují osoby, které ho mohou podpořit, kdo a jak mu doposud pomáhal v podobných situacích a zejména kdo mu pomáhá se současným problémem. Existence systému sociální opory má rozhodující vliv na hloubku a trvání krizového stavu.

Klient získává schopnost samostatně se rozhodovat a pomoc, která je mu poskytována se blíží k závěru. Občas klient potřebuje pomoc i ve fázi realizace plánu

(aktivit směřujících k řešení krize), který byl vypracován společně s krizovým pracovníkem. Klient v krizi předpokládá, že se mu dostane podpory a potvrzení průběžných úspěchů při překonávání překážek. Emocionální opora a podpora správného jednání klienta je nedílnou součástí krizové intervence.

3. Závěr – ukáže-li se, že je krize překonána, a klient si uvědomuje, co ke krizi vedlo a jak ji měl překonat, může být krizová intervence ukončena.

Součástí procesu krizové intervence je jasná a srozumitelná dokumentace, aby bylo možné při dalším kontaktu s klientem navázat na dosavadní skutečnosti.

V dokumentaci by měly být zaznamenány tyto údaje:

Psychický stav klienta na začátku procesu krizové intervence.

Jak dlouho trval krizový stav a jaké jsou jeho příčiny.

Jaká intervence byla provedena.

Se kterými institucemi se spolupracovalo a jakých výsledků bylo dosaženo.

Jaká společná rozhodnutí byla přijata v konečné fázi setkání.

V jakém psychickém stavu byl klient při ukončení intervence.

Jaké byly další plány spolupráce s klientem a institucemi, poskytujícími pomoc (43).

### **1.2.3 FORMY KRIZOVÉ INTERVENCE**

Formy odborné pomoci můžeme rozdělit podle různých kritérií do několika skupin služeb:

1. Ambulantní krizová pomoc – se poskytuje klientům, kteří se osobně dostaví do instituce primárně určené k poskytování pomoci lidem v krizi. Klienti mohou vyhledat ambulantní pomoc na základě vlastního uvážení, častěji jsou ale „nasměrováni“ jinými institucemi (43).

2. Lůžkové krizové služby – některá krizová centra nabízejí klientům nacházející se ve vážné krizové situaci možnost na několik dní vzdálit se z domácího prostředí za účelem překonat nejtěžší období krize. Výhoda této služby je, že se zajistí stabilizace klientova stavu a maximální redukce ohrožení, v době kdy vnímání a prožívání je do značné míry zúženo. Za dostatečnou dobu pobytu se považuje pět až

sedm dní.

Hospitalizace se uplatňuje u lidí, kteří čelili nebo čelí silné nadlimitní zátěži, lidem se sebevražednými tendencemi a úvahami, lidem, kteří z vážných důvodů nemohou zůstat doma – vyvrcholení konfliktu násilí v rodině apod. (48).

3. Terénní krizová pomoc – se poskytuje v terénu, například při hromadných neštěstích. Vychází vždy z typu události a času, ve kterém se poskytuje, z posouzení potřeb, hodnot, sil a zdrojů na straně zasažených lidí a na straně pomáhajících (2).

4. Krizová služba v přirozeném prostředí klienta – poskytuje se tam, kde klient nemůže osobně přijít do krizového centra. Tvoří do určité míry ekvivalent konzultace v krizovém centru. Pracovník přichází v určitý den, hodinu a po určité období do domácího prostředí klienta (48).

5. Telefonické krizové služby - pomoc klientům je poskytována prostřednictvím telefonu. Tato služba je vždy dosažitelná, funguje nepřetržitě. Klient zůstává anonymní a míra kontaktu s klientem není tak velká (23).

6. Internetová pomoc – je realizována prostřednictvím internetu. Díky rostoucímu počtu uživatelů internetu lze předpokládat stoupající zájem o tuto formu pomoci (43).

#### ***1.2.4 SPECIFIKA KRIZOVÉ INTERVENCE U DĚTÍ***

Dítě ocitající se v krizi má způsoby a možnosti vyhledání pomoci omezené – může kontaktovat linku důvěry, může se obrátit na blízkou dospělou osobu. Když tento primární článek selže, může se dítě uzavřít do sebe nebo se ztíží cesta k vyhledání adekvátní pomoci.

Při poskytování krizové intervence je vhodné, aby dítě doprovázela dospělá osoba – rodiče, výchovný poradce, učitel. Dítě může pomoc vyhledat i samo a má právo požádat o pomoc jakoukoli instituci, která podle zvláštních právních předpisů přísluší ochrana práv a zájmů dítěte, bez vědomí rodičů. Jsou to např. školy a školská zařízení, police, soud, zdravotnická zařízení a orgány sociálně-právní ochrany dětí.

Krizová intervence v dětství má řadu specifíků, která jsou dána nutností

respektovat vývojovou situace dítěte a kontext jeho rodiny, proto je vhodné v případě dítěte v krizi pracovat s celou jeho rodinou (42).

### **1.2.5 PRACOVNÍK KRIZOVÉ INTERVENCE**

Krizoví pracovníci pocházejí ze všech možných psychosociálních a zdravotnických oborů. V této oblasti pracují profesionálové, laici a dobrovolníci. Stěžejní složkou průpravy krizového pracovníka je především výcvik v krizové intervenci a telefonické krizové intervenci. Odborníkům přináší výcvik důležitou korekci a doladění k specifikům krizové práce, laikům otevírá cestu odborné průpravy (48).

Požadavky na krizového pracovníka jsou vysoké. Očekává se od nich:

- dovednost navázat kontakt s klientem v psychologicky obtížných podmínkách
- dovednost udržet klientem dlouhodobý kontakt (dle potřeby)
- schopnost rychlého vyhodnocení ohrožení, nebezpečí,
- schopnost učinit první odhad situace a její posouzení
- v případě nepříznivých podmínek provést analýzu všech jejích aspektů
- schopnost rozhodovat se pod časovým tlakem a brát na sebe odpovědnost za svá rozhodnutí
- schopnost rozeznat a určit pozitivní vlastnosti osoby v krizi a pozorování změny chování

Krizový pracovník musí být schopen motivovat sám sebe, musí být odolný vůči pochybnosti a nevěře v možnosti pomoci, musí mít představivost, pružné myšlení a chování, zdravý optimismus, smysl pro humor, schopnost autoreflexe (43).

## **1.3 KRIZOVÁ CENTRA**

Instituce poskytující primárně krizovou intervenci se nazývají krizová centra. Poskytují ambulantní služby a disponují krizovými lůžky. Mohou provozovat i linku



důvěry (43).

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje základní činnosti a úkony krizové pomoci:

a) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování na omezenou dobu nepřesahující 7 dnů,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení;

b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:

zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování;

c) sociálně terapeutické činnosti:

krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu;

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí (24).

### ***1.3.1 KRIZOVÉ CENTRUM ZAMĚŘENÉ NA PRÁCI S DĚTMI A RODINOU***

Situace dětí v obtížných situacích je stále nedostatečně řešena a proto na úrovni krajů, měst a území bývalých okresů vznikají krizová centra zaměřená na práci s dětmi a rodinou. Aby byla dosažena co nejlepší úroveň poskytovaných služeb musí být zajištěna mezioborová péče. Znamená to zajistit účast těch nejdůležitějších odborníků při péči o dítě, dobře vzdělaných a zkušených odborníků ve své oboru. Nezbytné je, aby byli schopni ocenit závažnost a urgentnost toho či onoho dílčího aspektu a náležitě na ně reagovali. Tento princip je pokládán za jeden z nejdůležitějších přístupů k řešení problémů dítěte (13).

### ***1.3.1.1 DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM – PRAHA***

Dětské krizové centrum (DKC) je odborné pracoviště psychosociální pomoci specializované na problematiku dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných či jinak traumatizovaných. Dětské krizové centrum bylo založeno v roce 1992 z podnětu profesora Dunovského. Zabývá se detekcí, diagnostikou, terapií a prevencí syndromu CAN.

Prvotním cílem služeb DKC je naplňování potřeba oprávněných zájmů dítěte, a to jednak prostřednictvím odborné práce s dítětem, tak odbornou prací s rodinným systémem.

Při naplňování cílů v oblasti prevence, diagnostiky a terapie syndromu týraného a zneužívaného dítěte, vychází z pověření Ministerstva práce a sociálních věcí z roku 2000, kdy bylo DKC pověřeno k výkonu sociálně-právní ochrany dětí (49).

Hlavní činností pracoviště je provádění specifické diagnostiky syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Součástí zmíněného procesu je zhodnocení, zda k týrání či zneužívání dítěte skutečně docházelo, zmapování okolností, za jakých dítě bylo atakováno, zhodnocení dopadu traumatu, eventuelně určení prognózy. Dětské krizové centrum vypracovává analýzu příčin rozvoje patologického jednání. Vyhotovuje z vyšetření odborné posudky se závěry a doporučeními.

Odbornou péči poskytuje DKC též dětem z rozpadajících se rodin, dětem nacházejících se v závažné životní situaci, dětem, které jsou ohroženy na zdravém vývoji, vystavené silnému traumatizujícímu zážitku, dětem deprimovaným, dětem s poruchou chování, s psychickými problémy atd. (51).

V Dětském krizovém centru pracuje tým odborníků, který tvoří psychologové, sociální pracovníci a terapeuti. Úzce spolupracují s dalšími odborníky – pediatry, dětskými psychiatry i psychiatry pro dospělé, gynekology, sexuology, orgány péče o dítě, kriminalisty, soudci atd. (11).

### ***1.3.1.2 KRIZOVÉ CENTRUM PRO DĚTI A RODINU V JIHOČESKÉM KRAJI***

Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji (KC JK) vzniklo na podnět profesora MUDr. Miloše Velemínského v roce 2003 jako projekt spolupráce Krajského úřadu Jihočeského kraje a Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. V roce 2003 Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity centrum zastřešovala. Na podzim téhož roku bylo na MV ČR zaregistrováno stejnojmenné občanské sdružení. Od 1. ledna 2004 je Krizové centrum nestátní nezisková organizace, občanské sdružení, které zajišťuje provoz Krizového centra. Dne 15.3.2004 bylo Krizovému centru uděleno pověření k sociálně právní ochraně dětí od Krajského úřadu Jihočeského kraje podle zákona č. 359/1999 Sb. o Sociálně právní ochraně dětí.

Krizové centrum se orientuje na komplexní péči o děti, které se ocitly v závažné, krizové situaci, na psychosociální péči zaměřenou na pomoc dětem trpícím syndromem CAN. Zajišťuje zprostředkování soudně nařízeného styku rodiče s dítětem či dobrovolného setkávání dětí s rodičem po jejich odloučení následkem rozvodu. Mezi další služby Krizového centra patří krizová intervence (face to face, prostřednictvím telefonu či e-mailem), sociálně-právní, psychologické a psychiatrické poradenství, diagnostika, terapie, preventivní aktivity pro základní školy a střední školy, přednášková činnost, osvěta, medializace, vědecká a výzkumná činnost.

Na poskytování profesionálních, komplexních a interdisciplinárních služeb, nejen dětem, ale i celé rodině jako celku, se podílí tým odborníků - sociální pracovníci, psychologové, speciální pedagogové, psychiatři, terapeuti a řada lékařů. Pracovníci krizového centra spolupracují s orgány sociálně právní ochrany dětí na obecních a krajských úřadech, s policií, se soudy atd. (50).

V současné době je Krizové centrum ambulantní pracoviště, ale pro případ potřeby může využít lůžka v Dětském centru Jihočeského kraje, které provozuje svoji činnost ve Strakonících od konce roku 2006. Dětské centrum provozuje zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a zajišťuje pobyty pro děti, případně i azylové pobyty pro děti s maminkami. Azylové ubytování pro matku s dítětem je nová forma pomoci, která reaguje na rostoucí počty případů domácího násilí. Kapacita Dětského centra je 25 lůžek a pro maminky jsou připraveny čtyři azylové byty (10).

## **1.4 RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO DÍTĚ**

Rodina je primární přirozená skupina. Přes všechny krize, jimiž prošla a prochází, stále tvoří základní článek společnosti (22). Rodina vznikla nejen z přirozeného pudu pohlavního, který vede k plození a rozmnožování, ale především z potřeby své potomstvo ochraňovat, učit, vzdělávat a připravovat na život. Má-li se dítě vyvíjet po duševní a charakterové stránce ve zdravou osobnost, potřebuje vyrůstat v prostředí stálém a citově příznivém. Takovým životním prostředím by především měla být rodina. Dítě za své rodiče přijímá ty, kdo se k němu mateřsky a otcovsky chovají. Je pro ně nepodstatné, zda-li tihle lidé jsou jeho biologičtí rodiče.

Na utváření osobnosti dítěte má vliv také škola, kamarádi, přátelé, zaměstnání, atd., ale rodina má mezi všemi jedinečné a výsadní postavení v několika směrech. Má možnost ovlivňovat vývoj dítěte v jeho nejcitlivějších fázích, nejpřirozenějším způsobem může uspokojovat základní psychické potřeby dítěte, je modelem mezilidských vztahů, které si dítě ponese dál do života a jimiž bude poměřovat všechny další vztahy, do nich vstoupí samo (30).

Nejvýznamnější potřebou pro dítě je potřeba jistoty a bezpečí. Do druhého až třetího roku života dítěte je potřeba bezpečí dominující. Bezpečí zahrnuje aktivní cítění a jednání rodičů: soucit, péči, útěchu, věrnost a vzájemnost v lásce (39). Základní životní jistotou pro dítě by měla být rodina. Je to nejlepší vklad, který můžeme dítěti dát (30).

Rodina určuje sociální status dítěte, je rozhodující, pokud jde o jeho sociální prestiž a sociální sebevědomí. Prostřednictvím rodiny si dítě uvědomuje své místo a svou roli ve společnosti. V rodině dítě poznává základní sociální a kulturní hodnoty a normy a vytváří si jejich hierarchii. Pod vlivem rodiny se vyvíjí i sociální a morální cítění (16).

### **1.4.1 DEFINICE RODINY**

Sociologický slovník uvádí nejběžnější definici rodiny – skupina charakterizovaná společným bydlením a spoluprací dospělých obou pohlaví a dětí, které

zplodili nebo adoptovali (7).

Rozeznáváme několik druhů rodin. Uvádím zde pouze dvě nejčastější rozlišení rodin a to podle způsobu jejich složení. Ve všech společnostech se můžeme setkat s typem rodiny, kterou sociologové a antropologové označují jako rodinu nukleárního typu. Skládá se výhradně z dospělých manželů a jejich dětí. Ve většině tradičních společností byla nukleární rodina více či méně integrována do širších příbuzenských vztahů. Pokud v jedné domácnosti žijí kromě obou rodičů a jejich dětí i další příbuzní, jedná se o rozšířenou rodinu. Její součástí mohou být prarodiče, bratři a sestry se svými manželskými partnery, synovci apod. (17).

#### ***1.4.2 FUNKCE RODINY***

Rodina po staletí plnila své poslání. Ačkoliv může mnohé nasvědčovat tomu, že rodina postupně ztrácí svůj význam a že se mění její základní postavení, je rodina stále v mnoha směrech nenahraditelná. Pominulo období soběstačnosti rodiny, v němž měly všechny její funkce svůj daný a neměnný význam. Současná rodina je v mnohém odkázána na společnost. A proto je také mnohem zranitelnější (22). Dnes určuje místo rodiny ve společnosti několik základních funkcí.

Biologicko-reprodukční funkce má zabezpečovat udržení života početím a porozením nového člověka. Tato funkce se sice může uplatnit mimo rodinu, v rodině však nabývá svůj plný význam. Nejde jen o to přivést dítě na svět, ale také mu zabezpečit potřebné podmínky života a další jeho vývoj.

Ekonomicko - zabezpečovací funkce se nevztahuje jen na dítě v rodině, ale vztahuje se na všechny její členy. V minulosti byla zvláště důležitá její výrobní složka. V současné době se stala rodina spotřební jednotkou, zcela závislou na výrobní činnosti společnosti. Ovšem i dnešní rodina si udržuje určité prvky výroby, za něž lze pokládat vnitřní činnost rodiny, vytvářející její hmotné zabezpečení (domácí činnosti, které jsou nutností). Zabezpečovací funkce se týká i oblasti sociální, duševní a duchovní. Má v nejširším pojetí poskytovat svým členům životní jistoty.

Emocionální funkce se stává další základní funkcí rodiny, zvláště významnou, zejména vzhledem ke zvýšené labilitě moderní rodiny. Emocionální funkce je vázána na

plně rozvinutého člověka, zralého, odpovědného, pro něhož citový vztah není něčím chvilkovým, ale trvalouází jistoty a citovým zázemím pro všechny její členy. Nejdůležitějším soudržným faktorem rodiny se stává emocionalita. Současně se stává jednou z nejdůležitějších podmínek společenské existence. Je potřebná stejně jak pro dospělé tak pro děti, avšak v různé podobě.

Funkce socializačně - výchovná je nejvýznamnější rodinnou funkcí. Zabezpečuje společenskou kontinuitu. Spočívá v opravdovém zájmu o dítě a kvalitní péči o ně, v jeho výchově, v jeho přijetí jaké je, porozumění mu v jeho vývoji, potřebách a požadavcích, které je nutné náležitým způsobem uspokojovat a rozvíjet všechny jeho schopnosti a síly. Vždy prosazovat jeho nejlepší zájem a prospěch, ochraňovat jej před nepříznivými situacemi a učit je, aby bylo samo schopno jim čelit a překonávat je (16).

Postmoderní rodiny jsou zakládány hlavně kvůli uspokojování citových potřeb partnerů. Stabilita rodin stojí a padá s citovou bilancí partnerského vztahu (32). Aby rodiče mohli o dítě s láskou pečovat, musí i na dítěti být něco co uspokojuje jejich hluboké životní potřeby.

Na prvním místě je to potřeba stimulace. Dítě je nevyčerpatelným zdrojem podnětů, přináší plno vzruchů do života.

Druhou potřebou je potřeba učení. Děti jsou zdrojem důležitých lidských prožitků a zkušeností. I starosti s dětmi jsou něco specifického, díky nim dospělý člověk vyspívá a zraje.

Na třetím místě je potřeba bezpečí a jistoty, která je v lidském světě dána především citovými vztahy. Dnes se citový život soustřeďuje do úzkého okruhu rodiny. Děti v rodině přijímají lásku, ale také ji vracejí.

Čtvrtou potřebou je potřeba otevřené budoucnosti. Člověk potřebuje neustále něco před sebou, nějakou perspektivu, aby mohl plodně žít a pracovat. A právě výchova dětí přesahuje náš osobní život.

Poslední potřebou je společenské uznání. Tato potřeba je spojena s vědomím vlastní ceny a je důležitou podmínkou sebevědomí. Z tohoto hlediska dítě významně zhodnocuje dospělého člověka. Schopnost plodit děti znamená v tomto smyslu vyrovnat

se ostatním ženám a mužům v jedné z nejdůležitějších společenských funkcí, nabýt jistoty sám v sobě, posílit své já (31).

## **1.5 ROZVOD**

V současnosti lze očekávat v České republice během dvanácti měsíců kolem 55 000 sňatků a kolem 30 000 rozvodů. V roce 1996 bylo dosaženo vrcholu rozvodovosti – rozvedlo se více než 33 000 párů. Rozvod se stává pro většinu dětí krizovou situací (40).

### ***1.5.1 HISTORIE ROZVODOVOSTI***

Statistické materiály a archivní záznamy z osmnáctého a devatenáctého století ukazují, že rodinné konflikty a nestabilita nejsou moderním úkazem. V rodinném životě se vždy odrážely konflikty a napětí o různé intenzitě a projevech. Avšak konflikty a napětí se zintenzivnily novým vývojem, který změnil strukturu společnosti a rodinný život. Ke zvyšující rozvodovosti přispěla např. urbanizace a industrializace dvacátého století, ženy nastupující do práce v průběhu druhé světové války a po ní, kontrola plodnosti prostřednictvím antikoncepce. Tyto změny vedly k výraznému posunu v manželských rolích a závazcích, ve způsobu komunikace i v rozdělování rozhodovacích pravomocí. V důsledku těchto změn začala rozvodovost ve Spojených státech stoupat a tento trend se mezi lety 1960 a 1975 zdvojnásobil. Je statisticky prokázáno, že každý druhý sňatek končí rozvodem, většinou během prvních deseti let. Většina rozvádějících rodičů znovu vstoupí do manželství. V důsledku vysokého množství opětovných svazků žije kolem dvaceti procent dětí v rodině s nevlastním rodičem (45).

### ***1.5.2 ASPEKTY ROZVODU***

Rozvod manželství a rozpad rodiny má své aspekty etické, sociální, právní emoční, ale také mentálně hygienické. Představuje jedno z nejsvízelnějších období, jak

pro přímé účastníky rozvodu, tak často i pro celou širší rodinu (29). Rozvod vždy dlouhodobě poznamená všechny zúčastněné osoby, o to více děti, které se v situaci špatně orientují a nedokážou ji pochopit. Nelepší, co mohou rodiče pro své děti udělat, je umožnit jim styk s oběma rodiči. To je však možné jen při dobré vůli rodičů (55). V České republice není rozvod ojedinělým jevem. Počet rozvádějících se rodin je velmi vysoký. Období rozvodu je naplněno stresem a frustrací důležitých lidských potřeb (29).

Rozeznáváme čtyři stadia rozvodu:

Manželský nesoulad – vzniká z více či méně podstatných rozporů, vyznačuje se sníženou schopností partnerů najít vhodné kompromisy a způsoby řešení.

Manželský rozvrat – jde již o postižení některé ze základních rodinných funkcí (emoční, ekonomické, výchovné).

Rozvod – formálně právní ukončení manželského vztahu dvou jedinců. Rozvod je deklarován, a to tím, že je podán návrh na rozvod, proběhne rozvodové řízení a do celého děje vstupují úřední instituce – soudy, právníci, oddělení péče o dítě, atd. (28).

Porozvodová rekonstrukce – dochází k manželské separaci psychologické i prostorové a k utváření porozvodového životního stylu (37).

### ***1.5.3 REAKCE DĚTÍ NA ROZVOD***

Problematikou rozvodů se v sedmdesátých letech dvacátého století začala zabývat řada odborníků. Získali mnoho poznatků např., že je třeba rozlišovat krátkodobou reakci dítěte na rozvod rodičů a dlouhodobou adaptaci více jak dva roky, ovlivňující sociální faktory a činitelé prostředí, ekonomické faktory atd.(45). Další důležitý faktor, který ovlivňuje reakci dítěte na rozvod, je věk dítěte. Domácí i zahraniční autoři podrobně popsali možné reakce dětí na stres související s rozvodem rodičů (35).

Děti od prenatálního období do dvou let - autoři se shodují v tom, že stres, může mít záporný vliv na vyvíjející se plod, hrozí předčasný porod, nízká porodní hmotnost, problémy s jídlem a se spánkem, opožděný vývoj. Kojenci citlivě reagují na emoční vyladění rodičů (35).

Předškolní děti – reagují na rozvod rodičů smutkem, jsou více plačtivé, mohou



přestat mluvit a vrátit se ke žvatlání, někdy se začnou bát, hlavně v noci což se projeví pomočováním, začnou se chovat způsobem přiměřeným mladšímu věku (41).

Mladší školní věk - pro šesti až osmileté dítě je rozvod velmi zátěžová situace. Prvotní reakcí je smutek, plačtivost. Děti touží po rodiči, který odešel. Mají navíc sklon věřit, že je odcházející rodič odmítl. Což může mít za následek sníženou sebeúctu, depresi, prudké zhoršení školního prospěchu, problém s pozorností (45).

Starší školní věk - hlavní reakcí na rozvod je hněv, vztek, agresivita. Děti mohou své rodiče vydírat: „Když mi nedovolíš to a to, nebudu za tebou chodit...“. Nezralost dětí podporuje černobílé vidění i extrémy v chování a hodnocení (35).

Dospívající mládež – mnoho dospívajících pocituje rozvod jako zradu. Snaží se vymanit z rodiny, tráví doma co nejméně času, aktivně se vyhýbají domácím činnostem a komunikaci s členy rodiny (45). Někdy se distancují od domácí situace a hledají pocit sounáležitosti ve skupině vrstevníků. Kromě pocitu smutku a úzkosti prožívají obavy z toho, že je zatlačí do pozadí děti nového partnera nebo nový partner (41).

Odborníci zaznamenávají kromě věkových rozdílů v reakci na rozvod i odlišné reakce dané pohlavím dítěte. Studie prokázaly, že problémy způsobené rozvodem a životem v péči matky mohou mít u chlapců podstatně závažnější dopad než u dívek. Chlapci mají větší problémy s adaptací než dívky ve stejném typu rodiny a děti v úplných rodinách. Jsou více odkázáni na pomoc rodiče, v pozdějším věku jsou agresivnější a neposlušnější. Ve srovnání s děvčaty mají větší problémy s chováním, obtížněji vycházejí se spolužáky a mají horší školní prospěch. K problémům dochází proto, že chlapec po odchodu otce z domácnosti ztrácí vztažnou osobu, se kterou se ztotožňuje. Avšak s přechodem rodiny z období po rozvodu, kdy byla vedena pouze jedním rodičem, k úplné rodině s nevlastním rodičem se rozdílly podle pohlaví komplikují. Chlapci se většinou příchodu nového otce zpravidla pozitivně přizpůsobí, dívky s touto změnou zápolí (41).

#### ***1.5.4 NÁSLEDKY ROZVODU VE VZTAHU K DÍTĚTI***

Děti v předškolním věku mají spoustu práce s hledáním vlastní identity, učením se novým motorickým a jazykovým dovednostem a zkoumáním rolí a vztahů v rodině.

Ztrátu jednoho z rodičů silně prožívají. Trápí je, že rodiče již nejsou spolu. Děti své obavy, nervozitu a smutek často zakrývají agresivním chováním či trucováním. Své pocity promítají i do hry (8).

U dětí školního věku dochází ke zhoršení prospěchu, přestože dítě před rozvodem rodičů dobře prospívalo. Je to v důsledku trvalého stresu. Dítě pociťuje napětí, úzkost, které vedou ke zhoršení koncentrace. Existují výrazné rozdíly mezi chlapci a děvčaty. U chlapců je zhoršení školního prospěchu způsobeno agresivním chováním, které je přirozeným důsledkem dlouhodobé frustrace. Dívky jsou více staženy do sebe, jejich chování není tolik nekonformní, ale úzkost a s ní související poruchy koncentrace se projevují také (29).

V našich podmínkách hrají důležitou roli vztahy k tzv. širší rodině, tj. dědečkům, babičkám, ale také tetám, strýcům a jiným členům rodiny. Rozvodem rodičů se velmi často ruší vnitrorodinné vztahy, které dítě potřebuje pro svou identifikaci s dospělými, ruší se zázemí, které má dítě nejraději a kde nalézá pocit jistoty a bezpečí (28)

Dítě je stresováno také příchodem nového partnera matky či partnerky otce. Je nuceno se i proti své vůli s nimi důvěrněji seznamovat, vyžaduje se na něm mazlení, láska, kterou dítě z počátku necítí. Tyto situace často vedou k tomu, že dítě není schopno se orientovat v lidských vztazích a hodnotách (29).

Zvláště stresující situace pro dítě je ta, kdy se převrací role a kdy matka se dítěti svěří s tím, jak je nešťastná, a žádá od dítěte pochopení a útěchu. Zklamání v manželském životě vede k nadměrně projektivnímu chování vůči dítěti, zvýšené závislosti matky na dítě (28).

Stresové situace mohou vést nejen k poruchám vývoje osobnosti dítěte, ke vzniku různých psychopatologických obrazů, ale také, zvláště u chlapců, k antisociálnímu chování (29).

### ***1.5.5 SYNDROM ZAVRŽENÉHO RODIČE***

Spory mezi bývalými manžely přináší boj o ovlivňování psychiky dítěte skrytým i otevřeným programováním dítěte proti druhému rodiči a omezením přístupu k dítěti. Programující rodič opakuje nepravdivé myšlenky tak dlouho dokud si je dítě nevstřípí do

paměti. Zveličuje negativní vlastnosti druhého rodiče, klady opomíjí. Lživě přepisuje rodinnou historii, druhého rodiče odsuzuje. Brání návštěvám zavrhaného rodiče s dítětem, odmítá mu sdělit školní výsledky, pokusy kontaktovat dítě, projev lásky a zájmu označuje jako „otravování“ tak dlouho, až je tak začne chápat i dítě. Důsledkem tohoto jednání dítě ztrácí téměř vše, co s druhým rodičem souvisí. Dítě je naprogramováno k potlačení pozitivních emocí. Rozvíjí se tak značná psychopatologie: u dítěte se zdeformuje emocionální vývoj a naruší se mu sebedůvěra. Deformuje se psychosociální vývoj: je narušen vztah dítěte k autoritám a snížená schopnost sociální diferenciací (1).

Dr. Gardner vyzoroval u dětí shodné vzorce chování, které se zavržením rodiče souvisely. Samo zavedení termínu pomohlo terapeutům začít o této poruše mluvit a navrhnout strategie, které by pomohly rodinám a dětem, které jí jsou postiženy (55).

Zkrácená Garderova monografie Syndrom zavržení rodiče a Warshakova Revoluce v porozvodové péči o děti, byly vydány Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, jako metodický materiál pro pracovníky orgánů sociálně-právní ochrany dětí. V České republice zatím neexistuje obecné povědomí o syndromu zavrženého rodiče, neprovádí se systematický výzkum této problematiky, přestože jiným oblastem týrání dětí se věnuje hodně pozornosti (1).

## 1.6 SYNDROM CAN

Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, je v anglosaské literatuře označován jako Child Abuse and Neglect (CAN), je to soubor nepříznivých příznaků v nejrůznějších oblastech stavu a vývoje dítěte i jeho postavení ve společnosti, v rodině především. Na úmyslném ubližování dítěte se nejčastěji podílí jeho nejbližší vychovatelé, především rodiče. Nejvyhranější podobou syndromu CAN je úplné zahubení dítěte (14).

Pojem syndrom CAN prošel určitým vývojem. První dobrovolnická organizace, Národní společnost prevence proti krutostem na dětech, vznikla v roce 1883 v Liverpoolu a následně v Londýně. Dodnes představuje významnou instituci a je modelem pro celou řadu dalších organizací v této oblasti. Z počátku byla pozornost

věnována hlavně fyzickému násilí, což bylo původně hlavní obsahová náplň syndromu CAN (14). Myšlenku, že existují děti, které jsou vystaveny tělesnému napadání nejenom „jednorázově“, ale průběžně, poprvé formulovalo několik chirurgů v 19. století, kteří vycházeli z nálezů na těle dětí, které pravděpodobně umřely v důsledku hrubého zacházení. Následně zásluhou amerického pediatra C. H. Kempeho, který začátkem 60. let 20. století podrobně popsal příznaky u dítěte, které se stalo obětí tělesného týrání, se odborná veřejnost začala zajímat o tuto problematiku (38). Postupně se v jednotlivých státech USA přijal zákon o povinném hlášení týrání dítěte, což napomohlo k hlubšímu a širšímu vnímání násilí na dětech i v dalších oblastech života dítěte. Vyústilo to v nový, širší pojem syndrom Child Abuse – zneužití dítěte (14).

S poznáním tělesného týrání dětí se ukázalo, že všechny tyto děti trpí i psychicky a emociálně a to ve formě aktivní i pasivní. V aktivní formě jde o ponižování, nadávání, výsměch apod. V pasivní formě jde o nedostatečnou stimulaci, zanedbávání základních duševních potřeb i potřeb citových. Toto poznání přispělo k druhé části syndromu CAN – tj. zanedbávání dítěte (14).

### ***1.6.1 VÝSKYT SYNDROMU CAN***

Předpokládá se, že syndromem CAN trpí v současné době přibližně 1-2 % dětí. Přesnější určení jejich počtu není možné, jelikož mnoho případů není zachyceno. Děti mohou být zanedbávání i týrání vystaveny od raného věku. V nadpoloviční většině jsou týrány děti mladší šesti let. Ve stejné míře jsou postiženi chlapci i dívky. Zkušenost s psychickým týráním, které je pravděpodobněji běžnější než týrání fyzické, udává 69 % českých dospělých. Studie uvádějí, že 20-25 % dospělé populace má z dětství sexuální zkušenost s dospělou osobou, v České republice to bylo 33 % žen a 17 % mužů. Sexuálním zneužíváním jsou více ohroženy dívky než chlapci (47).

### ***1.6.2 DEFINICE SYNDROMU CAN***

Podle Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 jsou do syndromu CAN zahrnuty následující kategorie: psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání,

zanedbávání, šikanování, systémové týrání, sekundární viktimizace a Münchhausenův syndrom by proxy. Společným jmenovatelem všech těchto jevů je, že dítěti se ubližuje, dítě psychicky či fyzický trpí a je ohrožován jeho další vývoj (21).

Pro konečnou diagnózu syndromu CAN je nutno uvést několik základních kritérií. Jde především o nenáhodný děj, situaci, která je v dané společnosti nepřijatelná či odmítaná. Je preventabilní a jeho důsledky pro stav a vývoj dítěte by měly být bezprostředně spjaty s příčinami a mechanismy, které je vyvolaly (14).

### ***1.6.3 ZPŮSOB VZNIKU SYNDROMU CAN***

Je to jednak akce, útok, násilí v jakékoliv formě, nejrůznější manipulace s dítětem, uvádění do nezvyklých situací a pak ne-akce, zanedbávání, izolace, nepečování, nesprávná nedostatečná výživa, nedostatek zdravotní a výchovné péče, nedostatek bydlení atd.

Z hlediska vlastního dopadu nebo dosahu těchto aktivit či neaktivit na stav a vývoj dítěte je lze rozdělit na oblast tělesnou (zlomeniny, popáleniny, otravy, tržné, bodné rány, různě závažné strukturální i funkční postižení včetně jeho smrti) a duševní. Nepříznivé akce či ne-akce vůči dítěti se tak mohou dotýkat jeho duchovní a zvláště emocionální a sociální oblasti (psychické týrání, ponižování, vydírání, nezáměr). A nutno uvést pohlavní zneužití v jakékoliv podobě (14).

### ***1.6.4 FORMY PROJEVY SYNDROMU CAN***

Hlavní faktory, které ohrožují psychický vývoj člověka můžeme rozdělit na dvě skupiny. Předně je třeba počítat s riziky organického poškození, která mohou vyplývat z různých škodlivých faktorů působících na plod a novorozence. Následky mohou zabírat škálu od nejmírnějších až po velmi těžké defekty neurologické a psychopatologické. Podobná škála lehkého, středního až velmi těžkého ohrožení může vyplývat i z nepříznivých podmínek výchovného prostředí. U dětí, které jsou týrány či zanedbávány v útlém věku, se obě skupiny rizik velmi často kombinují.

Pozdější nepříznivé vlivy – zejména v dospělosti - nebývají vždy tak nápadné,

ale na psychický vývoj mohou působit také závažně a zanechat i trvalé následky.

Neadekvátní péče o dítě má řadu forem, přechody mezi nimi jsou plynulé a všechny dále uvedené typy špatného zacházení s dětmi se velmi často vyskytují současně (3).

#### ***1.6.4.1 TĚLESNÉ TÝRÁNÍ***

Tělesné týrání je nevíce prozkoumaný a popsáný jev v rámci syndromu CAN (14). Definice Zdravotní komise Rady Evropy z roku 1992 „Tělesné týrání je tělesné ublížení dítěti anebo jeho nezabránění, případně nezabránění utrpení dítěte včetně úmyslného otrávení nebo udušení dítěte, a to tam, kde je určitá znalost či důvodné podezření, že zranění bylo způsobeno anebo že mu vědomě nebylo zabráněno“ (38).

Tělesné týrání rozdělujeme na tělesné týrání aktivní povahy a pasivní povahy. Tělesné týrání aktivní povahy zahrnuje tělesné týrání s následným poraněním, kdy poranění vzniklo v důsledku bití, popálení, opaření, trestání a selhání ochrany dítěte před násilím. Dále sem patří tělesné týrání, které nemá bezprostřední známky tělesného poranění, ale děti jsou zasaženy utrpením způsobeným dušením, otrávením či podobnými skutečnostmi (44). Praxe i výsledky výzkumů ukazují, že nejčastějším tělesným trestem je facka (46).

Tělesné týrání pasivní povahy je nedostatečné uspokojení těch nejdůležitějších tělesných potřeb dětí, a to v souvislosti na psychické a sociální potřeby. Jde o úmyslné, ale i neúmyslné nepečování při závažných psychických poruchách či značné nezralosti rodičů. Opomenutí v péči o dítě či nepochopení rodičovské role, z důvodu nezralosti, otupělosti, hledání jiných životných hodnot než hodnot spojených s dětmi. V důsledku toho dítě neprospívá, nedostatečně se rozvíjejí jeho síly a schopnosti ve všech oblastech života i vztahu k blízkému a i vzdálenému okolí. K nejzávažnějším důsledkům takového zacházení s dítětem patří zpustnutí, v krajním případě až smrt (14).

#### ***1.6.4.2 PSYCHICKÉ TÝRÁNÍ***

Psychické týrání na rozdíl od fyzického či sexuálního zneužívání si většinou

nedovedeme konkrétně představit. Psychické či emociální týrání jsou pojmy obecně značně nejasné a také se o nich tak často nehovoří. I specializovaná pracoviště zabývající se týranými dětmi jsou často zaměřeny především na fyzické a sexuální týrání a zneužívání. Lze to vysvětlit tím, že tyto fenomény jsou lépe vymezené a následky takového jednání jsou na první pohled zřetelné a dobře prokazatelné (14).

Psychické týrání je takové jednání, které má závažný nepříznivý vliv na citový vývoj dítěte. Může mít formu slovních útoků na sebevědomí dítěte, opakované ponižování, odmítání či zavrhování dítěte. Jde však i o případy, kdy dítě je vystavováno závažným domácím konfliktům, je násilně izolováno anebo kontrolováno s cílem vyvolat pocit citového ohrožení. Dál může být podryvána sebedůvěra a sebevědomí dítěte opakovaným podceňováním nebo urážením. Rodiče mohou na dítě klást nerealistické nároky, které dítě není schopno splnit a následkem toho jsou rodiče neustále nespokojeni, může jít o školní výsledky, sportovní výsledky či jakékoliv další výkony dítěte. Dítě nabývá dojmu, že nikdy nebude pro rodiče dost dobré (44). Dítě, které je ponižováno nebo nadměrně kritizováno ze strany svého okolí, nemá možnost vážit si samo sebe. Svoji nejistotu může nevhodně kompenzovat agresivním napadáním fyzicky slabších vrstevníků. Nebo se dítě může uzavřít do sebe, přestane komunikovat s okolím a tváří se jako by nebylo (38).

Psychické týrání obsahuje složku aktivní, která spočívá v cíleném, záměrném a účelovém jednáním (44). Patří sem například nadávky, ponižování, zesměšňování, nedůvěra, opovrhování, hostilita, ale zahrnuje i to, že se neděje něco co má správně být (14).

Pasivní složka psychického týrání je naopak absence něčeho, co by se správně dítěti mělo dít. Nejsou uspokojovány základní potřeby dítěte a výsledkem toho stavu může být psychická deprivace. Psychické týrání je nejrozšířenějším druhem týrání vůbec a je zároveň nejhůře rozpoznatelné (44). Souvisí to s jeho obtížným prokazováním. Na rozdíl od fyzického týrání nezanechává na těle oběti žádné zřetelné stopy nebo známky. Prokazatelné jsou akutní změny v psychice dítěte, depresivní a úzkostné reakce, případně dlouhodobější psychické poruchy, které se vyskytují v kontextu násilného a citově chladného rodiče (38).

Špeciánová (44) uvádí následky psychického týrání:

- vznikají různé druhy závislostí, poruchy příjmu potravy či deprese
- dítě má pocit, že není rodiči milováno
- dítě se neustále podceňuje a je ustrašené, nebo se naopak projevuje velmi agresivně - jeho psychické projevy jsou různorodé, často nevyrovnané a proměnlivé a proto i obtížně stanovitelné
- dítě má potíže v mezilidských vztazích, které přetrvávají i do dospělého věku a mohou přetrvávat po celý život. Tyto potíže se projevují především ve vztahu k lidem, se kterými hodlá navázat důvěrný vztah, ve vztahu ke kolegům v zaměstnání a především ve vztahu k nadřízeným, v jejichž formální i neformální autoritě může spatřovat reflexi autority rodičovské. Hlavním symptomem je nejistota v těchto vztazích
- dítě začíná pochybovat o správnosti svého vnímání reality, je pro něj jednodušší obviňovat sebe sama než připustit odpovědnost vlastních rodičů za to, co se mu děje. Projevují se tendence stát se obětí psychického týrání v dalších vztazích. Oběti domácího násilí si v dospělosti vybírají partnery, kteří je obdobně jako rodiče psychicky týrají, anebo mohou naopak v dalších vztazích aktivně psychicky týrat své děti, partnery apod.
- dochází k častější viktimizaci dalšími negativními společenskými jevy - oběti psychického týrání se v důsledku sníženého sebevědomí a menší schopnosti sebeprosazení daleko častěji a snáze mohou stát obětí například šikan v dětském kolektivu, mobbingu na pracovišti apod.

#### ***1.6.4.3 SEXUÁLNÍ ZNEUŽÍVÁNÍ***

V 70. letech minulého století se v západních zemích začali odborníci věnovat problematice sexuálního zneužívání dětí. V minulosti se takové zacházení s dětmi vyskytovalo, ale buď bylo zakazováno nebo přehlíženo. S vývojem společnosti vystupuje problematika tohoto typu zneužívání dětí stále více do popředí. Je v převážné



míře vázáno na rodinu, včetně možnosti incestuálního styku (15).

Podle usnesení Rady Evropy v roce 1992 se sexuální zneužíváním rozumí nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování. Zahrnuje jakékoliv sexuální dotýkání, styk či vykořisťování kýmkoli, komu je dítě svěřeno do péče, nebo kýmkoli, kdo se s dítětem dostal do styku (15).

Sexuální zneužití se dělí na bezdotykové a dotykové. Bezdotykové zneužití zahrnuje exhibicionismus. Pachatel ukazuje svoje genitálie okolí, harassment – dospělí zneklidňuje dítě slovními výpady, poplácáváním po zadku, tisknutím k sobě apod. (14). Dále také přinucení dítěte k obnažení a fotografování, k prohlížení si časopisů s pornografií (44).

Do dotykového sexuálního zneužití patří dotýkání se, mazlení na genitálu nebo prsou předměty, rukou, genitálem pachatele jak přes oblečení, tak na nahém těle (27). Znásilnění, které spočívá ve vynuceném vniknutí do vagíny, konečníku či úst dítěte penisem či jiným předmětem. Incest, který je definován jako sexuální aktivita mezi dvěma osobami, jimž není zákonem dovoleno uzavřít sňatek. Komerční sexuální zneužívání, které může mít podobu dětské pornografie, dětské prostituce a obchodu s dětmi za účelem sexuálního zneužití (44).

Pachatele sexuálního zneužívání jsou často pedofilní delikventi většinou muži, ale jsou i případy, kdy dítě obtěžuje žena. Opakovaně je u nich zjišťována nižší úroveň profesionální kvalifikace, často je u nich také diagnostikován i abúzus alkoholu (53). Příčinou sexuálního zneužívání může být např. dlouhodobá sexuální abstinence v důsledku partnerských konfliktů, nemoci, častého pobývání mimo domov (v nemocnici, lázních, služebních cestách, na nočních směnách apod.) a neschopnost nalézt si vhodný protějšek pro sexuální uspokojení. Není ale výjimkou, že pachatel vede tzn. normální sexuální život, ale cítí se nespokojen, touží po změně a dítě ho začne sexuálně přitahovat (14).

Obětí sexuálního zneužívání jsou většinou děti psychicky deprimované, opomíjené a zanedbávané převážně z rozvedených rodin, z dysfunkčních rodin, kde dítě žije dlouhodobě samo s jedním rodičem. Děti, jejichž rodiče vykazují hostilitu a násilí vůči sobě i dětem (27). Velmi ohroženou skupinou jsou děti mentálně retardované.

Pachatel se spoléhá na to, že děti nebudou schopny rozpoznat, co se s nimi dělo. A kdyby to někomu řekly, nebude jejich svědectví přikládána patřičná vážnost, jako by tomu bylo v případech dětí s normální inteligencí (14).

Americký dětský psychiatr C.R.Summit v roce 1983 popsal syndrom dětského přizpůsobení se sexuálnímu zneužití a upozornil na to, že děti se v případě odhalení sexuálního zneužívání setkávají s druhotným zneužíváním a zraňováním (sekundární viktimizací). Syndrom dětského přizpůsobení má 5 fází.

1. Utajování – pachatel psychicky působí na dítě např. „ Jestli to někomu řekneš nebudu tě mít rád, zbiji tě, zakážu ti....“

2. Bezmocnost – pachatel vyhrožuje a zastrašuje dítě ve kterém narůstá pocit bezmocnosti.

3. Svedení a přizpůsobení – sexuální zneužívání není většinou jednorázovou záležitostí a tak mnohdy jediným způsobem vyrovnání se se skutečností je přijetí a podřízení se dalším aktům. Dítě prožívá intenzivní vnitřní konflikt, který po psychické stránce těžce zvládá a jehož důsledkem může být psychopatie, patologická závislost, sebetrestání anebo narušení osobnosti.

4. Opožděné, konfliktní a nespravedlivé odhalení – dítě opožděně ohlásí sexuální zneužívání, což působí nevěrohodně. Pachatel je nevinný, dokud mu není prokázána vina, a dítě je v nezáviděníhodné situaci proti dospělému.

5. Odvolání výpovědi – vše co dítě tvrdí o sexuálním zneužívání vezme zpět. Má strach ze zavržení rodiči, z opožděných výsledků, z rozbití rodiny. Následuje připuštění, že si historku vymyslelo (14).

#### **1.6.4.4 ZANEDBÁVÁNÍ**

Zanedbávání se vyznačuje nedostatkem péče, která způsobuje závažné ohrožení vývoje dítěte. Tělesné zanedbávání je selhání při zabezpečení tělesných potřeb dítěte (tj. výživy, ošacení, zdravotní péče, přístřeší a ochrany před ohrožením). Citové zanedbávání spočívá v selhání v zabezpečení citových potřeb dítěte v oblasti lásky a smyslu příslušnosti.

Rozeznáváme také zanedbávání vzdělání, které se vyznačuje selháním

v zabezpečení plných možností vzdělání dítěte (tj. vytrvalé absence ve škole, dětská práce v domácím prostředí či mimo domov), zanedbávání v oblasti zdravotní péče v případech, kdy dítě potřebuje zdravotní péči či je opomíjena základní preventivní zdravotní péče.

Podmínky ovlivňující zanedbávání dítěte rozdělujeme na vnější a vnitřní. Mezi vnější podmínky patří ztráta matky a osiření dítěte, nepřítomnost otce, nízká ekonomická úroveň rodiny, náročná povolání rodičů, alkoholismus a drogová závislost v rodině. K vnitřním podmínkám řadíme citovou nezralost a povahovou nevyspělost matky, otce nebo obou, která souvisí s jejich mladistvým věkem, duševní poruchy a nemoci rodičů, mentální retardace rodičů, vážné smyslové poruchy, pohybová invalidita.

Pro posuzování stupně zanedbávání lze vycházet ze dvou kategorií. Těžké zanedbávání – (výživy, zdravotní péče a psychického vývoje) se vyznačuje přítomností dětí v takových situacích, které bezprostředně ohrožují jejich život či zdraví např. děti žijící izolovaně, ve společnosti zvířat. Druhá kategorie je všeobecné zanedbávání – odpovídajícího jídla, ošacení, lékařské péče, kontaktu s vrstevníky a lidmi. Patří sem i nedostatečná ochrana před nebezpečím úrazu nebo obecně patologické jevy (alkoholismus, kriminalita, toxikomanie) (44).

#### ***1.6.4.5 ZVLÁŠTNÍ FORMY CAN***

Do této skupiny patří systémové týrání či zneužívání, které se označuje jako druhotné ubližování (sekundární viktimizace). Po prvním traumatu, poškození či poranění dítěte následuje toto druhotné týrání těmi, kteří by měli dítě chránit a zamezit dalším škodám a prvotní odstranit.

Organizované zneužívání dětí představuje případy sexuálního zneužívání s rostoucím důrazem na jeho organizovanost. Organizovanost přesahuje hranice měst, země či kontinentu. Lze sem řadit dětskou prostituci a dětskou pornografii spojenou se sexuální turistikou a nový typ obchodní aktivity, ve kterých dítě vystupuje jako zboží.

Rituální zneužívání je nejpodivuhodnější, projevující se často bizarními či pro dnešní dobu neuvěřitelnými příznaky a rysy. Je to takové zacházení s dětmi, které se

uskutečňuje v souvislosti s nějakými symboly, které mají náboženskou, magickou či nadpřirozenou charakteristiku a jsou součástí nějakého organizovaného společenství.

Sexuální turismus v praxi znamená, že cizinci přijíždějí do cizí země se záměrem vyhledat dítě k tomu, aby se jím sexuálně uspokojili.

Münchhausenův syndrom by proxy je takové jednání rodičů, kdy úmyslně podávají různé léky dítěti, vymyšlejí u dětí nejrůznější příznaky onemocnění, případně je „vyrábějí“, tj. uměle připravují tak, aby dítě pro ně bylo vyšetřováno a také léčeno.

Je prokázáno, že Münchhausenův syndrom by proxy těžce postihuje děti a že až v jedné pětině končí smrtelně, nejčastěji udušením. To je zvláště významné z hlediska diferenciální diagnózy syndromu náhlého úmrtí u kojenců (14).

#### ***1.6.5 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU SYNDROMU CAN***

Rizikové faktory syndromu CAN můžeme identifikovat v pěti rovinách. Rizikové faktory na úrovni celospolečenské jsou virtuální realita, rychlé společenské změny vyžadující neustálou adaptaci, absence pozitivních vzorů ve škole, komunitních aktivitách a společnosti.

Rizikové faktory na úrovni individuálních predispozic dítěte zahrnují genetickou zátěž, biologické oslabení plodu v těhotenství, odchylky ve vývoji osobnosti dítěte, zdravotní postižení.

Mezi rizikové faktory na úrovni rodiny patří chybný výchovný systém, závislost rodičů na alkoholu či drogách.

Rizikovým faktorem na ekologické úrovni je zhoršená životní situace a poslední rizikové faktory jsou na úrovni kulturní. Mezi ně patří klima ve společnosti, mýty, předsudky a negativní vzory dospělých (3).

#### ***1.6.6 PREVENCE SYNDROMU CAN***

Prevence primární je podle Světové zdravotnické organizace strategie, která vede předcházením neblahého společenského jevu takovým způsobem, že neblahý jev je potlačen přímo v zárodku a nemá žádné podmínky pro svůj vznik (53). V primární

prevenci syndromu CAN může rozlišit tři vrstvy:

Záměrné působení na širokou veřejnost – široce založená osvěta, jejími činiteli jsou všechny instituce se širokou celospolečenskou působností dotýkající se života dětí např. orgány státní legislativy a jimi vytvořené a uplatňované zákony, vyhlášky, směrnice, pokyny jež se zabývají dítětem a rodinou, církve, školy nevládní organizace dětí a mládeže (14).

Záměrné působení na rodiče a vychovatele – programy cílené na systém rodiny se ukázaly jako nejúčinnější. Většina z nich zahrnovala výchovné projekty zaměřené na nácvik rodičovských dovedností, zvláštní pozornost se věnovala období přechodu k rodičovství. Tato doba je často postižena manželskými konflikty, napětím partnerů, nástupem depresivních nálad či pocitů opuštěnosti a izolace. Většina manželů je v tomto období obzvláště vnímavá citlivá na nabízené informace. Včasné podchycení jejich pozitivní motivace může úspěšně vyvážit nízkou informovanost a celkovou nezralost jejich osobnosti (38).

Záměrné působení na odborné pracovníky a tzv. veřejné činitele lékaře, psychology, sociální pracovníky, právníky, soudce, politiky, apod.- jde o zprostředkování odborných studií, průzkumů obyvatelstva.

Sekundární prevence syndromu CAN znamená vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rizikových životních situací, za nichž k syndromu CAN dochází (54). A také cílené, programové působení na skupiny lidí a na situace tak, aby se riziko CAN snížilo na minimum (14).

Zatímco primární prevence je orientovaná na celou populaci dětí jako možných obětí, na celou populaci dospělých jako možných preventistů, ale i pachatelů, tak sekundární prevence je specificky a cíleně orientována do objektivního rizikového pole – rizikových dětí, rizikových dospělých, rizikových rodin a rizikových situací (53).

### ***1.6.7 DETEKCE SYNDROMU CAN***

Prvním krokem pro odhalení syndromu CAN je naučit se rozpoznat příznaky týrání a zneužívání dítěte (9). Jedná se většinou o stav, který má svůj průběh a vývoj a který probíhá v delším časovém období. V průběhu času závažnost i frekvence týrání

a zneužívání dítěte spíše graduje a proto včasná detekce syndromu CAN chrání dítě před jeho vystupňováním.

Možnosti odhalení nepříznivé situace dítěte můžeme rozdělit na dvě skupiny. První skupinu tvoří cílené aktivity na straně dítěte - dítě požádá o pomoc dospělou osobu (rodiče, příbuzné, známé), dítě žádá o pomoc vrstevníky – kamarády, spolužáky, kteří předají informaci dál či dítě samo vyhledá odbornou pomoc – krizové centrum, orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Druhou skupinou jsou aktivity, kterých se dítě samo nezúčastňuje. Zde k detekci syndromu CAN pomohou lidé z okolí dítěte, kteří zaregistrují nepříznivou situaci a dají podnět k jejímu řešení. Nepříznivou situaci odhalí jedinec v rámci profesního působení (lékař, sociální pracovník) či dítě se svěří nějaké osobě, která předá informaci dál, ačkoliv je traumatizované dítě zavázalo k mlčenlivosti (3).

#### ***1.6.8 NÁSLEDNÁ PÉČE O DĚTI TÝRANÉ, ZNEUŽÍVANÉ A ZANEDBÁVANÉ***

Úkolem následné péče o oběti syndromu CAN má být obnovení nebo vytvoření žádoucí tělesné, psychické a sociální pohody dítěte. Léčba je interdisciplinární, aby ovlivnila všechny dotčené složky života dítěte a zaměřila se na možnou změnu postavení dítěte jako součásti určitého rodinného systému (44).

Léčba dětí postižených syndromem CAN se uskutečňuje na třech základních rovinách:

1. Léčba akutních stavů, krizová intervence – hlavním smyslem pomoci je, po zjištění rozsahu a závažnosti postižení, co nejdříve zabránit dalšímu útoku nebo přerušit násilí a ubližování dítěte. Je třeba se soustředit na případná tělesná poranění vyžadující okamžitou pomoc. V případě sexuálního zneužívání, duševního nebo citového týrání je třeba pokusit se nastolit stav optimálně možné duševní a sociální pohody (14).

Úkolem krizové intervence je aby odborník dítě uklidnil, neboť je může trápit pocity viny, studu, může mít obavu z postojů rodiny. Dítě potřebuje vycítit emocionální podporu a ujistit se, že odborník věří jím sdělovaným skutečnostem. Pro dítě je důležité porozumět zneužití způsobem, který je schopno chápat a uvědomit si, že zneužití není jeho chyba. Významná je spolupráce sociálního pracovníka s dětským psychologem,

který dítěti poskytne nutnou podporu a může v budoucnu pracovat s celou rodinou (44).

2. Rozsáhlé šetření všech okolností souvisejících s násilím na dítěti či nedostatečnou péčí o ně – v této fázi probíhá šetření v rodině, v terénu – u dětského lékaře, ve škole, na sociálním odboru, všude kde lze získat seriózní informace. Stanoví se diagnóza a potvrzuje se oprávněnost hlášení. Určuje se plán komplexní terapie.

Nejvýznamnější terapeutickou aktivitou je psychoterapie a socioterapie zaměřená na hlavní problémy dítěte a jeho rodiny.

3. Dlouhodobé sledování dítěte a jeho rodiny – klade se důraz na komplexní podporu, pomoc a snahu definitivně vyřešit aspoň základní vztahy mezi zúčastněnými, s maximálním ohledem na prospěch a zájem dítěte a jeho plné uzdravení.

Je to rovina léčby, v níž rozhodující roli hraje především specializovaný lékař: neurolog, psychiatr, rehabilitační lékař, gynekolog, psycholog, jak pro děti tak dospělé, léčící hlavně pomocí psychoterapie a rodinné terapie. A samozřejmě sociální pracovník, který poskytuje sociálně-právní poradenství.

Třetí rovina léčby v podstatě nikdy nekončí. Je třeba i v případě kladného výsledku léčby, alespoň čas od času se k takovému dítěti či dospívajícímu a jeho rodině vracet a zjišťovat možné riziko opakování nepříznivé situace či nezhojení všech následků násilí (14).

### ***1.6.9 SYNDROM CANA MEZINÁRODNĚ PRÁVNÍ NORMY***

V roce 1989 přijaly Spojené národy Úmluvu o právech dítěte, jenž přiznává dětem na celém světě plná lidská práva a zavazuje účastnické státy k právnímu zakotvení základních práv dětí do zákonodárství (15). Úmluva o právech dítěte je považována za nejvýznamnější mezinárodně právní dokument v oblasti ochrany dětských práv. ČSFR úmluvu ratifikovala v roce 1991. Úmluva o právech dítěte byla převzata Českou republikou – zákon č. 104/1991 Sb. (4). Tomuto dokumentu předcházela Ženevská deklarace práv dítěte z roku 1924, Deklarace práv dítěte přijatá Organizací spojených národů v roce 1959, Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948, mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966 (44).

Úmluva se zabývá naplňováním v ní stanovených práv všech dětí, jejich spravedlivým prosazováním a rozšiřováním. Jde přitom v podstatě o 4 okruhy:

Práva statutární,

Práva na rozvoj a přežití,

Práva na společenskou participaci,

Práva na plnou ochranu (15).

Pojem „blaho dítěte“ je stanoven v čl. 3 Úmluvy o právech dítěte, kterým je smluvním státům uložena povinnost zajistit dítěti takovou ochranu a péči, která je nezbytná pro jeho blaho. Zavazuje k respektování práv a povinností rodičů, zákonných zástupců nebo jiných jednotlivců právně za děti zodpovědných tak, aby mohli plnit svou úlohu – řádnou péči o děti (4).

V čl. 19 Úmluvy o právech dítěte je upravena povinnost smluvních stran činit potřebná zákonodárná, správní, sociální a výchovná opatření k ochraně dětí před jakýmkoliv tělesným, duševním násilím, urážením nebo zneužitím, včetně sexuálního zneužívání, zanedbávání nebo nedbalým zacházením, trýzněním nebo vykořisťováním. Podle čl. 32 má dítě právo na ochranu před prací, která ohrožuje jeho zdraví, výchovu nebo rozvoj. Smluvní státy stanovují nejnižší věkovou hranici pro vstup do zaměstnání a upravují pracovní podmínky mladistvých. Toto právo dítěte má významné postavení v oblasti ochrany dětí, zejména před tělesným týráním a zanedbáváním. Dále zde nalezneme opět práva na život, na vlastní jméno, vlast, domov, na život se svými rodiči, právo mluvit jazykem svých rodičů, zákaz ubližování komukoliv, právo mít své kamarády, právo učit se vzdělávat, právo na vlastní názor, právo na život bez hladu, na pomoc v nemoci, na život v bezpečí, právo na volný čas, právo žít v míru a v přátelství s dětmi a dospělými ze všech zemí světa (25).

Úmluva o právech dítěte je adresována především signatářským státům, jejichž legislativa v oblasti lidských práv neodpovídá mezinárodnímu standartu. Jsou to státy a země s nízkou životní úrovní, kde často dochází k porušování lidských práv, a to nejen u dětí. Jejich ekonomika není schopná zaručit blahodárný vývoj dítěte (25).

Mezi významné dokumenty přijaté Radou Evropy v oblasti péče o děti řadíme zejména Evropskou sociální chartu přijatou v roce 1961 a Evropskou úmluvu o osvojení



děti přijatou v roce 1967. Rady Evropy a její orgány se dlouhodobě zabývají problematikou ochrany dětí a ve vztahu k dětem týraným, zneužívaným a zanedbávaným je významným počinem uvedení definice tohoto jevu v roce 1992. Navazuje na to doporučení vybraných expertů zdravotního výběru Rady Evropy pro mediko-sociální aspekty CAN. Doporučení zdůrazňuje potřebu vytvořit systém efektivní prevence, ohlašování, ověřování, vyšetřování, léčby a sledování případů zneužití dítěte (44).

Pro ochranu dětí před sexuálním zneužíváním, které se stalo závažným mezinárodním problémem, byla na I. Světovém kongresu proti komerčně zaměřenému sexuálnímu zneužívání, který se uskutečnil ve Stockholmu v roce 1996, přijata Deklarace a Plán akcí proti sexuálnímu zneužívání dětí. Přinesly jasné směrnice nejenom pro celý svět, ale i pro Českou republiku (15).

#### ***1.6.10 SYNDROM CANA ÚSTAVNÍ NORMY ČESKÉ REPUBLIKY***

V mezinárodních dokumentech a úmluvách je zakotvena ochrana rodiny a mládeže. Z čehož vyplývá i povinnost České republiky chránit děti před tělesným, psychickým a sexuálním násilím a chránit jejich zdravý vývoj (44). Součástí ústavního pořádku je ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod. Základní lidská práva, které mají vztah k problematice ohrožených dětí jsou uvedena v hlavě čtvrté. Pojednává o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Podle článku 32 této listiny jsou rodičovství a rodina pod ochranou zákona. Zvláštní ochrana dětí a mládeže je zaručena (56).

Zákon č. 94/1963 Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů, upravuje většinu základních institutů rodinných vztahů. Např. soud může v případech, vyžaduje-li to zájem na řádné výchově dítěte, uložit výchovná opatření, která omezují výkon rodičovských práv. Rodičovská zodpovědnost může být omezena výchovnými opatřeními soudu. Napomenutí nebo dohled jsou opatření, která mohou posilovat preventivní poradenská doporučení rodině. Soud může také nařídit svěřeni dítěte do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, předběžné opatření, pěstounskou péči, ústavní nebo ochrannou výchovu v případě, kdy je výchova dítěte vážně ohrožena a jiná

výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo rodiče nemůžou zajistit řádnou péči o dítě (4).

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí se zabývá především působností orgánů, které sociálně-právní ochranu dětí vykonávají. Jejich činnost je propojena s hmotně-právní úpravou ochrany dětí uvedenou v zákoně č. 94/1963 Sb., o rodině a v trestně právních předpisech, zákon č. 200/1990 Sb. o přestupcích a v dalších normách (44).

Sociálně-právní ochrana je definována v § 1 zákona č.359/1999 Sb. a zahrnuje zajištění práva dítěte a působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny. Vyplývá z toho ochrana dítěte před jakýmkoli fyzickým nebo psychickým týráním, zneužíváním či zanedbáváním. V § 5 je zakotven základní princip sociálně-právní ochrany dětí, kterým je zájem o blaho dítěte. Tento princip je rozhodujícím hlediskem při činnosti všech orgánů sociálně právní ochrany dětí. §7 odstavec 2 zákona o sociálně - právní ochraně dětí upravuje obecné oznamovací oprávnění. Každý občan je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany dětí na porušení povinnosti nebo zneužití práv vyplývající z rodičovské zodpovědnosti nebo na skutečnost, ze kterých lze usuzovat, že dítěti by měla být poskytnuta sociálně-právní ochrana. V § 8 zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí je stanoveno právo dítěte požádat orgány sociálně-právní ochrany dětí a zařízení sociálně-právní ochrany dětí, státní orgány, kterým přísluší též ochrana práv a oprávněných zájmů dítěte, pověřené osoby, školy, školská zařízení a zdravotnická zařízení o pomoc při ochraně svého života a dalších svých práv. Subjekty jsou povinny poskytnou dítěti odpovídající pomoc. Pro ochranu dětí týraných, zneužívaných a zanedbávaných je důležitá zásada, že dítě má právo požádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných odpovědných osob za výchovu dítěte. § 15 zákona č. 359/1999 Sb. stanovuje povinnost obecním úřadům zajistit neodkladnou péči dítěti, které se ocitne bez péče přiměřené jeho věku. Při poskytnutí pomoci má obec možnost využít služeb zařízení poskytující okamžitou pomoc. § 42 zákona č. 359/1999 Sb. definuje zařízení jako zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, poskytující ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jehož život nebo příznivý vývoj je vážně ohrožen. Dále jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo

zneužívané. V neposlední řadě bych se ještě zmínila o ustanovení § 57, zákona č. 359/1999 Sb., které upravuje povinnost zaměstnanců orgánů sociálně-právní ochrany dětí, zaměstnanců obce s rozšířenou působností a zaměstnanců zařízení sociálně-právní ochrany dětí zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, se kterými se při provádění sociálně právní ochrany dětí nebo přímé souvislosti s tím seznámili (58).

Trestní zákon č. 140/1961 Sb., stanovuje, že osoba trestně odpovědná se týráním, zneužíváním či zanedbáváním dítěte dopouští skutku, který může naplnit znaky skutkové podstaty několika trestných činů (44). Např. trestného činu týrání svěřené osoby, ustanovuje § 215 odst.1 trestního zákona, se dopouští pachatel, týrající osobu, která je v jeho péči nebo výchově. Pachatel může být potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta. Trestný čin pohlavního zneužití je zakotven v ustanovení § 242 odst.1 trestního zákona. Tohoto trestního činu se dopustí ten, kdo vykoná soulož s osobou mladší patnácti let nebo kdo takové osoby jiným způsobem pohlavně zneužije. Pachatel může být potrestán odnětím svobody na jeden rok a osm let. Trestný čin znásilnění podle § 241 trestního zákona má právo každá osoba, aniž by byla stanovena věková hranice, rozhodovat o svém pohlavním životě. Kdo násilím nebo pohrůžkou bezprostředního násilí donutí ženu k souloži nebo kdo k takovému činu zneužije její bezbrannosti, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let. Hlava sedmá trestného zákona § 219 stanovuje trestný čin vraždy. Pachatel, který usmrtí osobu mladší 15 let bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až patnáct let nebo výjimečným trestem. Trestný čin opuštění dítěte ustanovuje § 212 trestního zákona. Kdo opustí dítě, o které má povinnost pečovat a které si samo nemůže opatřit pomoc, a vystaví je tím nebezpečí smrti nebo ublížení na zdraví, bude potrestán odnětím svobody na šest let až tři léta. Trestný čin ohrožování mravnosti upravuje § 205 trestního zákona. Kdo uvádí do oběhu, rozšiřuje, činí veřejně přístupným, vyrábí nebo dováží pornografická díla písemná, nosiče zvuku nebo obrazu, zobrazení nebo jiné předměty ohrožující mravnost, v nichž se projevuje neúcta k člověku a násilí nebo které zobrazují sexuální styk s dítětem nebo jiné sexuálně patologické praktiky, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo propadnutí věci. Trestný čin obchodování s dětmi upravuje § 216 a. kdo za odměnu svěří dítě do moci

jiného za účelem adopce, využívání dětské práce nebo pro jiný účel, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem. Pachatel, který způsobí dítěti těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný závažný následek bude potrestán odnětím svobody na tři až deset let (57).

K problematice syndromu CAN se vztahují i následující právní předpisy:

Zákon č. 141/1961 o trestním řízení soudním,

Zákon č. 283/1991 České národní rady o Policii České republiky,

Zákon č. 283/1991 o státním zastupitelství,

Zákon č. 360/1999, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999,

Zákon č. 40/1964 Občanský zákoník,

Zákon č. 109/2002 o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

Zákon č. 29/1984 o soustavě základních, středních a vyšších odborných škol.

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 CÍLE PRÁCE***

Výzkum je rozdělen do dvou částí podle použitých metod – na část kvalitativní a kvantitativní.

Cílem kvantitativní části výzkumu diplomové práce bylo zjistit jaká problematika se nejčastěji vyskytuje u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou a porovnat klientelu a služby ve dvou krizových centrech a to v Dětském krizovém centru v Praze a v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji.

Cílem kvalitativní části výzkumu bylo zjistit, jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí své pracoviště a jím poskytované služby.

Díličními cíly kvalitativního výzkumu bylo:

- zjistit, jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí služby poskytované klientům, vytíženost pracoviště a prevenci syndromu vyhoření
- zjistit, jak vedoucí pracovníci v DKC a KC JK zajišťují personální standardy a preventivní aktivity
- porovnat hodnocení zaměstnanců DKC a KC JK

### ***2.2 HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY***

Tato práce kombinuje kvalitativní a kvantitativní postupy výzkumu. Pro zmapování problematiky byl nejprve zvolen kvantitativní výzkum, ve kterém byla stanovena tato hypotéza:

Problematika syndromu CAN se u klientů krizových center vyskytuje častěji než ostatní problémy.

V navazujícím kvalitativním výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí služby, které jejich instituce poskytuje klientům?

- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí kapacitní vytíženost jejich pracoviště a s tím související možnosti rozšíření poskytovaných služeb?
- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí prevenci syndromu vyhoření na jejich pracovišti?
- Jakým způsobem zajišťují vedoucí pracovníci v DKC a KC JK personální standardy v jejich instituci?
- Jakým způsobem zajišťují vedoucí pracovníci v DKC a KC JK prevenci sociální patologie u dětí?
- Jaké jsou rozdíly a shodné prvky v hodnocení zaměstnanců DKC a KC JK?

### **3. METODIKA**

Diplomová práce kombinuje v souladu se současnými trendy ve výzkumu postupy kvantitativní a kvalitativní. Tato kombinace využívá silných stránek obou metodologických přístupů. Např. v rámci kvantitativní výzkumu poskytuje údaje, které byly získány na větším výběrovém souboru, výsledky lze zobecnit na populaci, poskytuje přesná, numerická data. V rámci výzkumu kvalitativního umožňuje zmapovat daný problém do hloubky, zkoumá fenomén v přirozeném prostředí a dobře reaguje na místní situaci a podmínky (20).

Nejprve jsem provedla kvantitativní výzkum, který mi umožnil zmapovat problematiku, se kterou se pracovníci krizových center na svých pracovištích nejčastěji setkávají. Na základě takto získaných informací jsem potom provedla kvalitativní výzkum, který mapuje danou problematiku do větší hloubky a který také umožní porovnání poskytovaných služeb v DKC a KC JK.

#### ***3.1 POUŽITÁ METODA - KVANTITATIVNÍ VÝZKUM***

K ověření platnosti stanovené hypotézy byla v kvantitativním výzkumu využita metoda analýzy dokumentů, technika sekundární analýzy dat. Data byla zpracována a znázorněna pomocí grafů.

Za dokument považujeme jakýkoliv hmotný záznam lidské činnosti, který nevznikl za účelem našeho výzkumu. Při sekundární analýze dat, využíváme data, která už někým byla sesbírána. Tato data jsou dostupná většinou každému zájemci (12). V diplomové práci byla data pro kvantitativní výzkum získána z výročních zpráv Krizového centra pro děti a rodinu v Jihočeském kraji a Dětského krizového centra za rok 2007.

### **3.1.2 POUŽITÁ METODA - KVALITATIVNÍ VÝZKUM**

V kvalitativním výzkumném šetření byla využita technika rozhovoru, metoda polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je technika sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím cílených otázek kladených respondentovi v rozhovoru v tváři v tvář (26). Polostandardizovaný rozhovor představuje seznam otázek nebo témat, které je nutné v rámci interview probrat. Tazateli zůstává volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Tento rozhovor dává možnost co nejefektivněji využít čas k interview a současně umožňuje provést rozhovory strukturovaněji, což ulehčuje jejich srovnání (20).

Otázky rozhovoru byly konstruovány na základě poznatků, které jsou shrnuty v teoretické části práce, dále pak v souladu se závěry kvantitativního výzkumu. Otázky jsem formulovala tak, aby naplňovaly výše uvedené cíle práce a umožnily nalézt odpovědi na definované výzkumné otázky.

V rozhovoru bylo využito 13 společných otázek, na které odpovídali všichni respondenti a 3 otázky byly položeny jen vedoucím pracovníkům krizových center. První 3 otázky byly identifikační. Otázky č. 4, 5, 6, 7 se zaměřovaly na hodnocení zaměstnanců, týkající se poskytovaných služeb institucí. Vytíženost pracoviště a možnosti rozšíření služeb mapovaly otázky č. 8, 9, 10. Na prevenci syndromu vyhoření se zaměřily otázky č. 11, 12 a 13. Hodnocení vedoucích pracovníků v oblasti personalistiky mapovala otázka 14, v oblasti prevence pak otázky 15 a 16. Podle odpovědí respondentů, byly tyto základní tazatelské otázky rozšířeny dle potřeby. Seznam hlavních tazatelských otázek, který byl využit pro kvalitativní výzkum uvádím v příloze č. 2.

Rozhovory jsem prováděla po dohodě s vedoucími pracovníky v krizových centrech. Odehrávaly se přímo na pracovišti respondentů. Na začátku rozhovoru byli respondenti seznámeni s využitím pořízeného záznamu v rámci diplomové práce a s danými podmínkami souhlasili. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla přibližně třicet minut. Data získaná pomocí rozhovorů byla zaznamenána doslovnou transkripcí a následně zpracována kvalitativní analýzou spontánních výpovědí. Dle odpovědí respondentů byla odvozena hypotéza, která je uvedena v kapitole 5. diskuze.



### **3.2 ZKOUMANÝ SOUBOR**

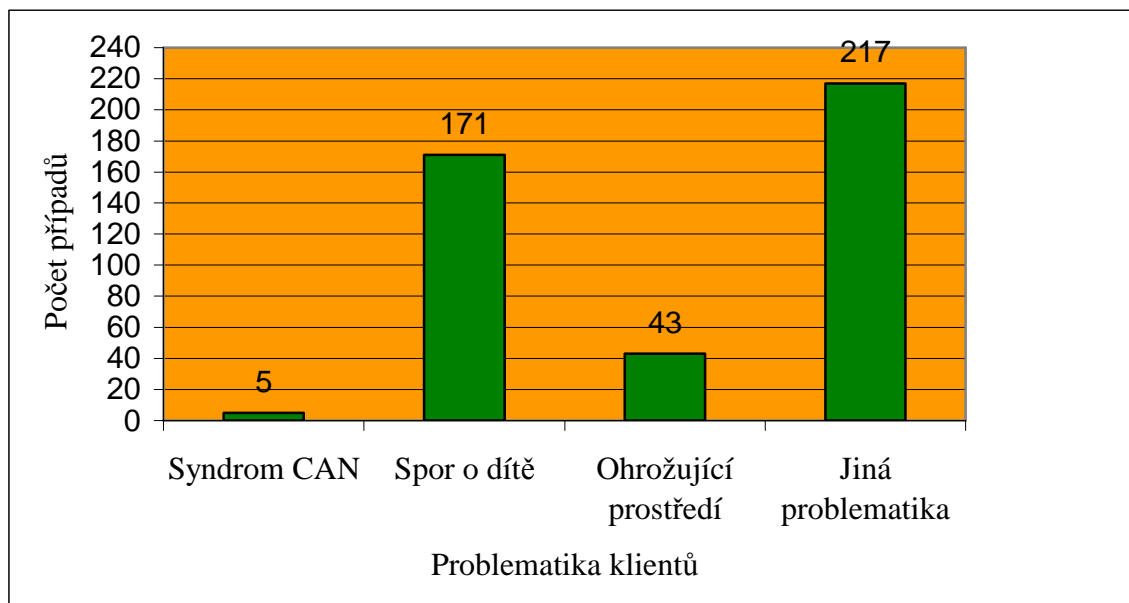
Zkoumaným souborem pro kvantitativní výzkum byli klienti Krizového centra pro děti a rodinu v Jihočeském kraji a Dětského krizového centra v Praze od 1.1.2007 do 31.12.2007.

Zkoumaným souborem pro kvalitativní výzkum byli zaměstnanci Krizového centra pro děti a rodinu a Dětského krizového centra. Polostandardizovaného rozhovoru se zúčastnilo 5 respondentů krizového centra v Českých Budějovicích a 4 respondenti krizového centra v Praze. Rozhovory probíhaly v krizových centrech po domluvě s vedoucími pracovníky, v průběhu měsíce října a listopadu roku 2008.

## 4. VÝSLEDKY

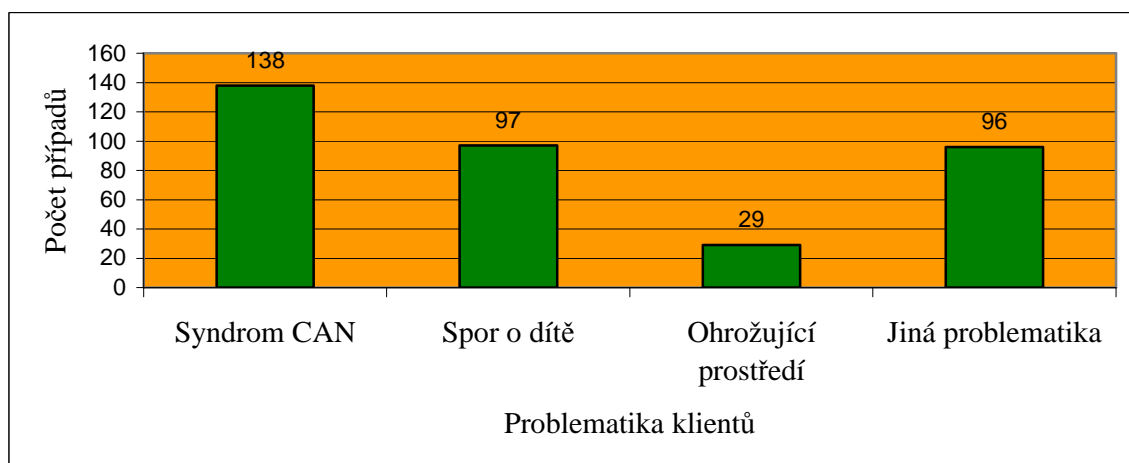
### 4.1 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Graf 1. Typologie řešených problémů v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji za rok 2007.



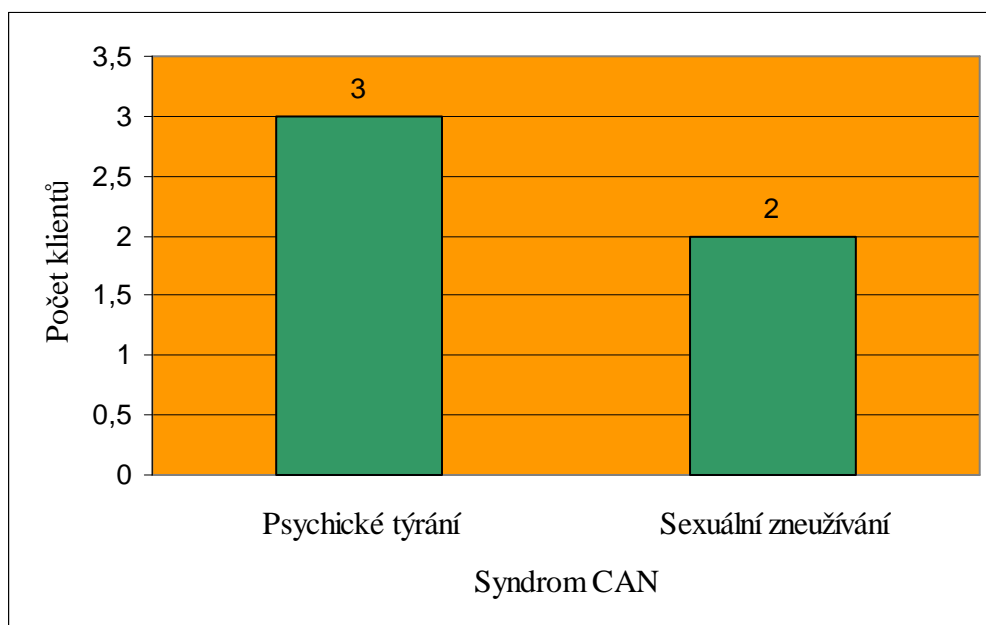
Zdroj : Výroční zpráva Krizové centrum pro děti a rodinu 2007.

Graf 2. Typologie řešených problémů v Dětském krizovém centru za rok 2007.



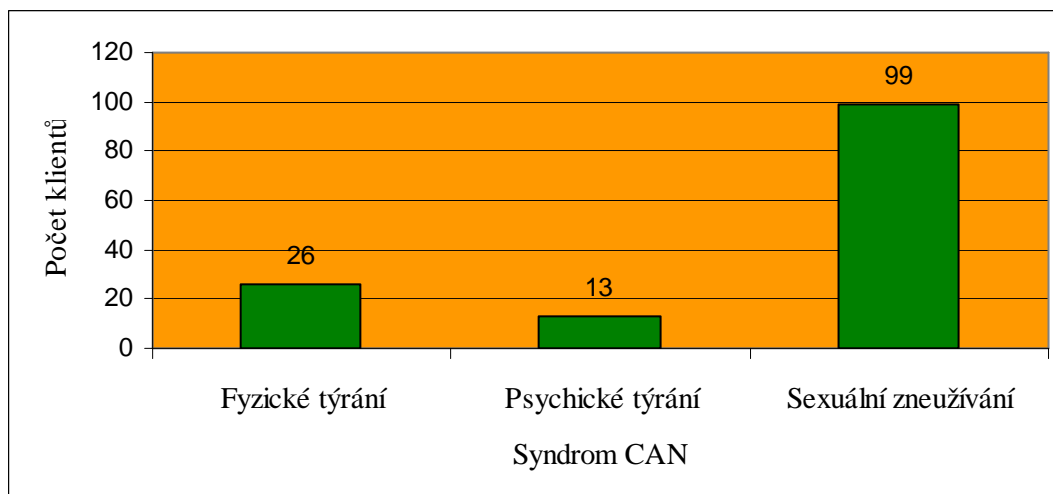
Zdroj : Výroční zpráva Dětské krizové centrum 2007.

Graf 3. Subkategorie syndromu CAN v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji za rok 2007.



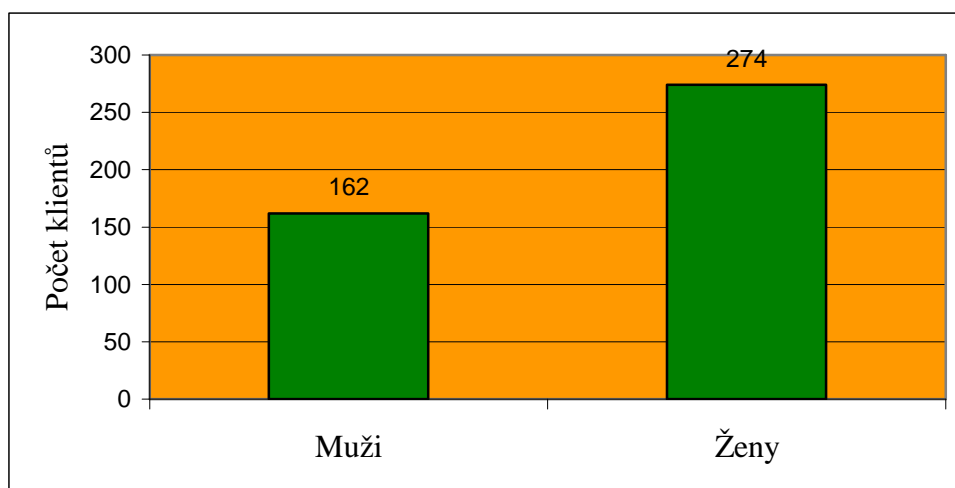
Zdroj: Výroční zpráva Krizové centrum pro děti a rodinu 2007

Graf 4 . Subkategorie syndromu CAN v Dětském krizovém centru za rok 2007.



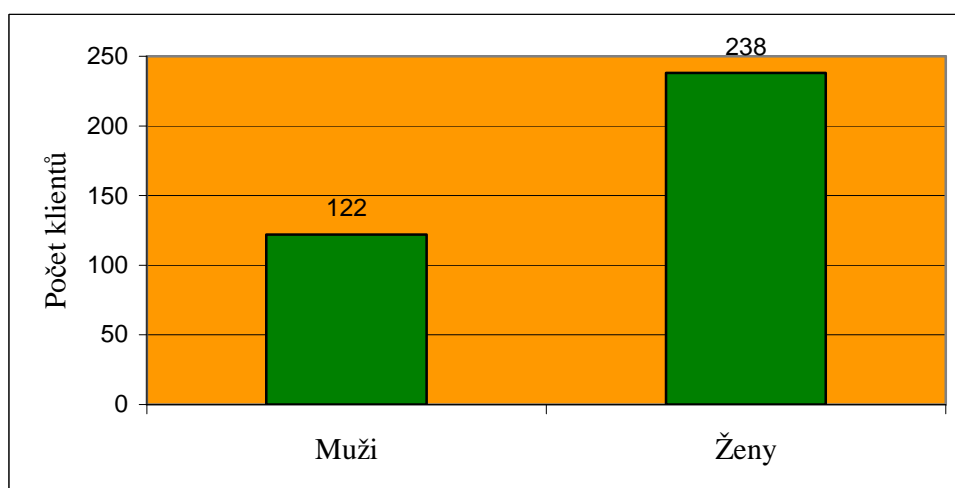
Zdroj : Výroční zpráva Dětské krizové centrum 2007

Graf 5. Uživatelé služeb v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji za rok 2007.



Zdroj : Výroční zpráva Krizové centrum pro děti a rodinu 2007.

Graf 6. Uživatelé služeb v Dětském krizovém centru za rok 2007.



Zdroj : Výroční zpráva Dětské krizové centrum 2007.

## **4.2 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝKUMU**

### **ROZHOVORY V KRIZOVÉM CENTRU PRO DĚTI A RODINU V JIHOČESKÉM KRAJI**

#### **Rozhovor č. 1 - vedoucí Krizového centra pro děti a rodinu**

1. Jak dlouho v Krizovém centru pro děti a rodinu pracujete?

V krizovém centru pracuji od roku 2004, kdy centrum začalo poskytovat služby klientům.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Vystudovala jsem speciální pedagogiku a Filozofickou fakultu na Univerzitě Karlově v Praze.

3. Kde jste předtím pracovala?

Před nástupem do krizového centra jsem vedla ústav sociální péče pro mentálně postižené děti.

4. Jaké služby v Krizovém centru pro děti a rodinu poskytujete?

Jako speciální pedagog se podílím na diagnostice problému dítěte, dále poskytuji krizovou intervenci jak face to face, tak po telefonu. Zprostředkovávám soudně nařízené styky rodiče s dítětem či dobrovolné setkávání dětí s rodičem, přednáším na školách a také zajišťuji odborné stáže pro studenty Zdravotně sociální fakulty, Pedagogické fakulty, Teologické fakulty a vyšší odborné školy sociálně-právní.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - dítě, rodič, instituce?

Nejčastěji spolupracuji s klientem (dětmi), poté s různými institucemi - soudy, policie, orgány sociálně právní ochrany dětí, speciálně pedagogická centra, školská zařízení.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Na klienta máme vyhrazenou jednu hodinu.

Jak se Vám daří časový limit dodržovat?

Snažím se tento časový úsek nepřesahovat, jelikož většinou na mě čeká další klient a nerada nechávám lidi čekat. Nepůsobí to dobře na jejich psychiku.

Kolik času máte na zpracování daného sezení?

Někdy stihnu zpracovat výsledky šetření ihned po sezení s klientem. Někdy je klientů hodně, takže zpracovávám zprávy až třeba po třech klientech.

Kolik klientů máte během jednou pracovního dne?

Záleží na situaci, ale maximálně mám kolem 6-ti klientů denně.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Klient absolvuje maximálně 10 sezení.

Po kolika sezeních vyhodnocujete výsledek práce s klientem?

Sezení vyhodnocujeme průběžně. Díky standardům práce, kde je uveden počet deseti sezení, jsme svobodnější při psaní zpráv například pro soudy. Případ můžeme uzavřít a neopakovat sezení pořád dokola. Samozřejmě, ale vycházíme z potřeb klienta.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Ano. Někdy až přetíženo.

9. Domníváte se, že by Krizové centrum pro děti a rodinu mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Nyní jsem rozšířili služby o krizovou pomoc dospělým. Prostor pro poskytování dalších služeb zatím není.

Co je příčinou nedostatku prostoru pro poskytování dalších služeb?

Myslela jsem tím především nedostatek finančních prostředků a také personál je časově vytížen, takže již nezbývá čas pro poskytování dalších služeb.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Momentálně ne.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano, probíhá psychologická supervize jedenkrát za měsíc. Potřebovali bychom supervizi rozšířit o supervizi v oblasti sociálně-právní. Bohužel není dostatek kvalifikovaných supervizorů, kteří mohou tuto službu poskytovat.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Vzdělávání našich zaměstnanců podporujeme. Všichni se zúčastňujeme vzdělávacích seminářů, kurzů atd.

Kdo nejčastěji tyto semináře organizuje?

Připravuje je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dále se zúčastňujeme různých konferencí i zahraničních. Spolupracujeme na projektech pro Jihočeský kraj, Zdravotně-sociální fakultu, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Jak financujete další vzdělávání zaměstnanců?

Většinou se nám podaří hradit finanční náklady z rozpočtu krizového centra nebo využíváme sponzorských darů. Někdy se ovšem stane, že si zaměstnanci musejí na daný vzdělávací program přispět.

13. Domníváte se, že by v Krizovém centru pro děti a rodinu měl pracovat další odborník?

Uvítala bych v našem kolektivu odborníka – muže.

14. Jak zajišťujete personálně služby kvalifikovanými pracovníky?

Díky větší fluktuaci zaměstnanců probíhají často v krizovém centru výběrová řízení. Když je výběrové řízení na pozici sociálního pracovníka zaznamenáváme velký zájem. Pokud, ale potřebujeme obsadit pozici psychologa, máme velký problém.

Máte nějaké zvláštní požadavky na pozici psychologa?

Podmínka je psychologický výcvik a kurz krizové intervence. Problém vidím spíše v nedostatku odborně vyškolených lidí.

15. Kdo kontaktuje Krizové centrum pro děti a rodinu na uspořádání přednášky pro školy, veřejnost?

Máme domluvenou spolupráci s Krajským úřadem a se Zdravotně-sociální fakultou Jihočeské univerzity. Kontaktují mě i kolegové z jiných organizací, kteří mají o danou problematiku zájem.

16. Jak často máte v Krizovém centru pro děti a rodinu den otevřených dveří?

Den otevřených dveří pro veřejnost máme dvakrát do roka. Jednou to je na Velikonoce, kdy je tato akce spojena s canisterapií a podruhé je den otevřených dveří v prosinci kolem svátku sv. Mikuláše.

## **Rozhovor č. 2 - sociální pracovník**

1. Jak dlouho v Krizovém centru pro děti a rodinu pracujete?

Pracuji zde tři roky, ale nyní odcházím na mateřskou dovolenou.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Studovala jsem Jihočeskou Univerzitu, Zdravotně sociální fakultu, obor – Rehabilitačně psychosociální péči o děti, dospělé a staré osoby a následně jsem si udělala doktorát.



3. Kde jste předtím pracovala?

Do krizového centra jsem nastoupila po dokončení magisterského studia.

4. Jaké služby v Krizovém centru pro děti a rodinu poskytujete?

Poskytuji sociálně – právní poradenství, krizovou intervenci, podílím se na přednáškové činnosti.

Musela jste si dodělat kurz krizové intervence?

Ano, kurz krizové intervence je i v podmínkách přijetí do organizace.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - klient, rodiče, instituce?

Spolupracuji jak s dětmi, rodiči , tak institucemi.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Všeobecně máme na jednoho klienta vyhrazenou jednu hodinu.

Stane se, že musíte časový limit překročit?

Ano, ale stává se mi to jen ve výjimečných případech. Snažím se čas dodržovat, jelikož mám objednané další klienty a nechci je nechat čekat.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Klient u nás absolvuje zpravidla 10 sezení.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Ano, někdy se mi zdá, že je pracoviště až přetížené.

9. Domníváte se, že by Krizové centrum pro děti a rodinu mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Z mého pohledu by bylo vhodné rozšířit služby o besedy a přednášky pro širokou veřejnost. Ta si často neví rady s těžkými životními událostmi jako je například špatná

komunikace v rodině, výchovné problémy dětí, rozvodová problematika. Mohli bychom veřejnosti poskytovat základní informační servis. Byl by to určitý způsob prevence.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Zatím o žádné nové službě neuvažujeme.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano, supervize zde probíhá.

Jak často se supervize zúčastňujete?

Nemáme přesně dané termíny. Většinou supervizi využívám podle aktuální potřeby.

Jaký typ supervize na vašem pracovišti probíhá?

Jedná se o individuální supervizi, poté zde probíhá i intervize.

Kdo intervizi vede?

Intervizi vede vedoucí pracovník, dále je přítomen další kolega a já. Řešíme společně určitý problém.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Krizové centrum mě v dalším vzdělávání podporuje. Samozřejmě záleží na finančních prostředcích a také na velikosti pracovního úvazku, podle kterého se rozdělují peníze na různé kurzy, semináře, konference atd.

13. Domníváte se, že by v Krizovém centru pro děti a rodinu měl pracovat další odborník?

Nemyslím si, že by zde měl pracovat další odborník, ale uvítala bych zde pracovníka mužského pohlaví.

### **Rozhovor č. 3 - psycholog**

1. Jak dlouho v Krizovém centru pro děti a rodinu pracujete?

Pracuji zde druhým rokem.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Mám odpovídající vzdělání mé profesi. Tudiž jsem vystudovala psychologii v Praze. Následně jsem si udělala psychologický výcvik.

3. Kde jste předtím pracovala?

Pracovala jsem v rodinné poradně.

4. Jaké služby v Krizovém centru pro děti a rodinu poskytujete?

Převážně jde o diagnostiku, terapii, psychologické poradenství, krizovou intervenci a též poskytuji telefonickou krizovou intervenci.

Jak často máte službu na krizové lince?

Je to dle rozpisu, který dělá vedoucí pracovník a samozřejmě se s kolegyněmi domlouváme, pokud služba někomu nevyhovuje, není problém si službu na telefonu přendat.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - klient, rodiče, instituce?

Nejčastěji s dětmi. Pak následují rodiče a pro instituce píše často zprávy ze šetření.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Kolem jedné hodiny.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Celkově klient v krizovém centru může absolvovat 10 sezení.

Máte počet sezení striktně dán?

To ne. Sezení se průběžně vyhodnocují a podle potřeby klienta se buď ukončí dříve nebo se rozšíří.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Ano.

9. Domníváte se, že by Krizové centrum pro děti a rodinu mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Nyní došlo k rozšíření služeb o krizovou pomoc dospělým v obtížných životních situacích.

Je v Jihočeském kraji jiné krizové centrum pro dospělé?

Bohužel není a to byl hlavní důvod, proč jsme tuto službu zavedli.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Zatím jsme ve fázi diskuze s občanskou poradnou a mediační službou. Nová služby by se měla týkat pomoci obětem trestné činnosti.

Kdy si myslíte, že by Krizové centrum tuto službu mohlo zavést?

Jsmo ve fázi zjišťování možností, co by Krizové centrum mohlo poskytovat. Takže uvidíme, jak se spolupráce bude dál vyvíjet a jak rychle se nám povede novou službu realizovat.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano. Jedná se většinou o případovou supervizi.

Kdo supervizi vede?

Supervizor je externí pracovník, který do krizového centra dochází přibližně jednou za měsíc.

Máte v pracovní smlouvě uvedenou povinnou účast na supervizích?

Ne. Jsem tomu ráda. Dává mi to pocit, že supervize není povinná, ale zúčastňuji se jí dobrovolně a o to více si z ní mohu vzít.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Možnosti dalšího vzdělávání mám v podobě různých kurzů a seminářů.

Jak se vybírá zaměstnanec, který se daného vzdělávacího programu zúčastní?

Přednost mají ti zaměstnanci, kteří nemají dlouhodobý psychologický výcvik. Těm se umožní tento výcvik dodělat. Kurz krizové intervence se vyžaduje již při nástupu do krizového centra. A dále se přihlíží k tématu semináře.

13. Domníváte se, že by v Krizovém centru pro děti a rodinu měl pracovat další odborník?

Uvítala bych ještě jednoho psychologa, aby byla zajištěna zastupitelnost.

#### **Rozhovor č. 4 - sociální pracovník**

1. Jak dlouho v Krizovém centru pro děti a rodinu pracujete?

Nastoupila jsem v minulém roce.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Vystudovala jsem místní univerzitu, Zdravotně sociální fakultu.

3. Kde jste předtím pracovala?

Pozice sociální pracovníce v krizovém centru je moje první zaměstnání.

4. Jaké služby v Krizovém centru pro děti a rodinu poskytujete?

Jedná se o sociálně-právní poradenství, krizovou intervenci jak v tváři v tvář, tak prostřednictvím telefonu, zprostředkování soudně nařízeného styku, domlouvání sezení.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - dítě, rodič, instituce?

Nejčastěji spolupracuji s rodiči a dětmi. V kontaktu jsem i s institucemi.

S jakou institucí spolupracujete nejčastěji?

To Vám přesně neřeknu, ale asi s orgány sociálně právní ochrany dětí a se soudy.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Přibližně hodinu.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Počet sezení nám určuje standard práce, kde je dáno maximálně 10 sezení.

Dodržujete striktně tento počet sezení?

Vždy se počet sezení upraví dle aktuální potřeby klienta. Buď se počet sezení sníží či zvýší.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Ano, dle mého názoru je pracoviště kapacitně vytíženo.

9. Domníváte se, že by Krizové centrum pro děti a rodinu mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Vždy je možnost poskytovat více služeb, ale momentálně mám chybí jak finanční prostředky, tak další personál, který by dané služby zajišťoval.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Momentálně pouze mapujeme další možnosti pro poskytování nové služby.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano. Přibližně jednou za měsíc.

Jak využíváte možnost zúčastnit se supervize?

Jsem velmi ráda, že mám příležitost supervizi využít. Beru to jako dohled nad prací, kterou dělám a jako prevenci syndromu vyhoření.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Možnost dalšího vzdělávání mám. Většinou se zúčastňuji přednášek, které pořádá Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Kdo zajišťuje financování přednášek, kurzů atd.?

Krizové centrum buď plně uhradí poplatek za daný kurz. Pokud, ale dojdou finanční prostředky, které jsou na rozvoj vzdělání určeny, musíme si seminář sami zaplatit.

13. Domníváte se, že by v Krizovém centru pro děti a rodinu měl pracovat další odborník?

Myslím si, že by jsme tu využili ještě jednoho psychologa a výborné by bylo, kdyby to byl muž.

Z jakého důvodu by jste raději volila muže psychologa?

Muž vnese jinou atmosféru do kolektivu a především by to prospělo i našim klientům mužského pohlaví.

### **Rozhovor č. 5 - sociální pracovník**

1. Jak dlouho v Krizovém centru pro děti a rodinu pracujete?

Pracuji zde 5 let.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Mám stejnou fakultu jako moje kolegyně. Tudíž Jihočeskou univerzitu, Zdravotně sociální fakultu.

3. Kde jste předtím pracovala?

Pracovala jsem vždy v sociální sféře. Převážně v nestátních neziskových organizacích.

4. Jaké služby v Krizovém centru pro děti a rodinu poskytujete?

Hlavně sociálně-právní poradenství a krizovou intervenci.

5. S kým nejčastěji spolupracujete – dítě, rodič, instituce?

Dalo by se říct, že převažuje práce s rodiči a dětmi. Pro instituce, jak jsou orgány sociálně právní ochrany dětí, policie a soudy píše různé zprávy ze šetření.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Máme vyhrazenou jednu hodinu na klienta.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Horní hranice je deset sezení. Počet sezení se ovšem individuálně upravuje dle potřeb klienta.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Určitě. Jsme zahlceni prací.

9. Domníváte se, že by Krizové centrum pro děti a rodinu mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Nápady by byly, ale pro poskytování dalších služeb nám chybí další personál a finanční prostředky.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

V září jsem zavedli krizovou pomoc pro dospělé.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano.



Kdo supervizi vede?

Využíváme služeb externího supervizora, který nám poskytuje individuální supervizi. Také mám možnost domluvit se s vedoucím pracovníkem na intervizi, pokud mě něco trápí.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Využíváme nabídek různých seminářů a kurzů, které pořádá například Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Dělíte se o nové poznatky s kolegyněmi?

Ano, po semináři si sdělíme nové poznatky.

13. Domníváte se, že by v Krizovém centru pro děti a rodinu měl pracovat další odborník?

Práce by se našla určitě pro dalšího psychologa, alespoň na částečný úvazek.

Kde vidíte problém v zaměstnání dalšího odborníka?

Podle mého názoru je největší problém v nedostatku psychologů a v nedostatku financí.

## **ROZHOVORY V DĚTSKÉM KRIZOVÉM CENTRUM**

### **Rozhovor č. 6 - vedoucí sociálních pracovníků**

1. Jak dlouho v Dětském krizovém centru pracujete?

Pracuji zde od října roku 2006.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Mám střední průmyslovou školu a nyní si dodělávám vysokou školu v Olomouci.

3. Kde jste předtím pracovala?

Pracovala jsem na Městském úřadu v Hodoníně na sociálním odboru - orgán sociálně-právní ochrany dětí jako kurátor pro mládež.

4. Jaké služby v Dětském krizovém centru poskytujete?

Nejčastěji sociálně-právní poradenství.

Zajišťujete v Dětském krizovém centru podporovaná setkávání?

Ano, na rozhodnutí soudu řízené styky zajišťujeme, ale kapacita je omezena.

Co tím myslíte, že je kapacita omezena?

Víc jak dva řízené styky nemohou probíhat současně, jelikož nemáme dostatečné prostory, kde bychom podporovaná setkávání mohli zajistit.

5. S kým nejčastěji spolupracujete- dítě, rodič, instituce?

Spolupracuji s rodiči, když je dítě na terapii u psychologa a pak s institucemi. Nebo rodiče docházejí na sezení sami, mimo termíny dětí, na výchovné poradenství.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Standardně máme vyhrazenou jednu hodinu na klienta.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Počet sezení se pohybuje kolem deseti. U krizové intervence se dělají tři sezení a pak se většinou zahajuje psychologická terapie.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Každý rok máme navýšení počtu klientů, což poukazuje na vytíženost pracoviště.

Kdo vás nejčastěji kontaktuje pro zahájení spolupráce?

Nejčastěji orgány sociálně-právní ochrany dětí. Měli jsme grant z Evropské unie na

přednášky na těchto úřadech. Přednášeli jsem jim sami o syndromu CAN a možnostech kontaktovat naše pracoviště. Z mého pohledu to byla velmi úspěšná akce.

9. Domníváte se, že by Dětské krizové centrum mělo poskytovat ještě nějaké služby? Vhodné by bylo rozšířit služby o mediaci s rodinou.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty? Nyní ne, jelikož nemáme volné prostory a jsme časově vytížení.

S kolika klienty denně pracujete? Maximálně máme 5 klientů za den.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize? Probíhá u nás individuální a případová supervize. U případové supervize se sejde celý náš pracovní tým, jak psychologové tak sociální pracovníci. Navíc sociální pracovníci mají i zvláštní supervize.

Kdo tuto supervizi vede? Supervizor je sociální pracovníce a probíráme s ní problémy týkající se sociálně právní oblasti.

Jaká je frekvence supervizí na vašem pracovišti? Supervize probíhají jedenkrát za měsíc. Navíc máme tzv. intervize, kdy se sejde „můj“ tým a rozebíráme určité téma.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání? Další vzdělávání je při naší práci nutné a povinné, ale jsem za to ráda. Na semináře, kurzy chodí většinou dva zaměstnanci a následně ze semináře zpracují zprávu, kterou předají ostatním kolegyním.

Jak zajišťujete financování vzdělávacích seminářů, kurzů?

Jako zaměstnanci si musíme alespoň částečně přispět na dražší kurzy, ostatní semináře většinou hradí krizové centrum.

13. Domníváte se, že by v Dětském krizovém centru měl pracovat další odborník?

Odborník – muž. Ty všeobecně v naší profesi chybí.

14. Jak zajišťujete personálně služby kvalifikovanými pracovníky?

Tak to je většinou problém. Fluktuace zaměstnanců je poměrně vysoká. Zájem o práci v krizovém centru je, ale je těžké vybrat správného zaměstnance.

Jaké máte na uchazeče o zaměstnání požadavky?

Jedním z požadavků je vysoká škola v oboru a alespoň započatý psychologický výcvik je velkou výhodou.

15. Kdo kontaktuje Dětské krizové centrum na uspořádání přednášky pro školy, veřejnost?

Sami školy mají zájem o přednášky hlavně o syndromu CAN. Jedná se většinou o gymnázia, vyšší odborné školy a vysoké školy.

Kdo na školách přednáší?

Většinou přednáší vedoucí pracovník Dětského krizového centra.

16. Jak často máte v Dětském krizovém centru den otevřených dveří?

Den otevřených dveří pro veřejnost máme jedenkrát ročně. Zájem je poměrně veliký.

## **Rozhovor č.7 - psycholog**

1. Jak dlouho v Dětském krizovém centru pracujete?

Nastoupila jsem v červnu 2006.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Univerzitu Karlovu, Filozofickou fakultu, katedru psychologie.

3. Kde jste předtím pracovala?

Pracovala jsem v pedagogicko-psychologické poradně.

4. Jaké služby v Dětském krizovém centru poskytujete?

Poskytuji především psychologickou diagnostiku a terapii.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - dítě, rodič, instituce?

Převážně pracuji s dětmi. S institucemi skoro vůbec.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Záleží na věku dítěte. Menší děti kolem dvou let se vydrží soustředit maximálně 30 minut. Vždy je nutné přizpůsobit situaci dítěti. U větších dětí se jedná o časový úsek 45 minut až jedna hodina.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Pokud se dělá diagnostika, tak se jedná o tři sezení, u terapie krátkodobé je to do pěti sezení. Poskytujeme i dlouhodobé terapie, které mohou trvat až jeden rok.

Jakou terapii nejčastěji využíváte?

Nejčastěji jde o terapii hrou a podpůrnou terapii.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Mohli bychom tu být deset hodin denně. Rok od roku přibývá stále více a více klientů.

9. Domníváte se, že by Dětské krizové centrum mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Vhodný by byl rodinný terapeut, který by se věnoval práci s rodinou.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Nápady mám, ale nejsou prostory. Máme jen jednu hernu.

Jak se domlouváte na využívání herny?

Máme systém, který určuje kdo tuto místnost může využít. Po celý den je vytížena. Psychologická vyšetření samozřejmě probíhají v kancelářích, ale pokud je u vyšetření pracovníce z orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo policie, musí se vyšetření provádět ve vyšetřovací místnosti.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Jednou za měsíc máme případovou supervizi, která je určena pro všechny zaměstnance. Potom si můžeme vyžádat individuální supervizi.

Domníváte se, že frekvence supervize jedenkrát za měsíc je dostatečná?

Myslím si, že ano. Pokud máme nějaký akutní problém, mohu si vyžádat individuální supervizi.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Různých seminářů, pokud je téma pro sociální pracovníce a psychology, se většinou zúčastňují dva zaměstnanci, každý z jednoho týmu. Následně podají zprávu kolegům.

Jak je zajištěno financování seminářů?

Částečně si musíme na semináře přispívat, pokud se jedná o dražší kurzy.

13. Domníváte se, že by v Dětském krizovém centru měl pracovat další odborník?

Uvítala bych v našem týmu dalšího psychologa muže. Byl by to přínos pro děti, zvláště pro chlapce a i pro náš pracovní tým.

## **Rozhovor č. 8 - sociální pracovník**

1. Jak dlouho v Dětském krizovém centru pracujete?

Jsem tu od února letošního roku.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Mám dodělané bakalářské studium sociální práce na Filozofické fakultě a nyní pokračuji v magisterském studiu.

3. Kde jste předtím pracovala?

Během studií na vysoké škole jsem pracovala na částečný úvazek ve Fondu ohrožených dětí.

4. Jaké služby v Dětském krizovém centru poskytujete?

Jedná se o sociálně-právní poradenství, krizovou intervenci a vedení případu.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - dítě, rodič, instituce?

Pracuji převážně s rodiči a institucemi. O každého klienta se stará tzv. mikrotým, což je psycholog a sociální pracovníce. Sociální pracovníce domlouvá termíny konzultací.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Jedná-li se o úvodní konzultaci s iniciátorem péče trvá sezení hodinu až hodinu a půl.

Ostatní sezení se časově pohybují kolem jedné hodiny.

S kolika klienty denně pracujete?

Většinou mám čtyři klienty za den. Jeden den v týdnu máme delší pracovní dobu a to stihnu maximálně 5 klientů. Ale někdy to je na úkor kvality. V pátek máme administrativní den, kdy zpracováváme záznamy ze sezení.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

Tři sezení jedná-li se o krizovou intervenci, u terapie je to pět sezení. Po pěti sezení se zhodnotí dosavadní výsledky i s rodiči a buď se terapie ukončí nebo naplánuje další.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Přetížené. Máme víc a víc klientů.

9. Domníváte se, že by Dětské krizové centrum mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Prostor vidím v rodinné terapii. A také podporovaná setkávání by se mohla rozšířit. Je po nich velká poptávka, ale máme omezenou kapacitu.

Kam odkazujete klienty, pokud máte vyčerpané možnosti poskytování podporovaného setkávání?

Zájemce odkazujeme na orgány sociálně-právní ochrany dětí, na Fond ohrožených dětí a na asociaci mediátorů. Ty sice nedělají řízený styk, ale mohou alespoň částečně pomoci.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Nyní ne, nejsou prostory.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Jednou do měsíce máme případovou supervizi. Také jsem se již zúčastnila týmové supervize. Ta byla velmi rozpačitá, jelikož se řeší vztahové problémy na pracovišti a atmosféra nebyla příjemná.

Co Vám supervize přináší?

Při konzultaci problému mi dává nový pohled na věc, obohatí mě o nové zkušenosti, ventilujeme napětí, které je v týmu.



Máte možnost volby účasti na supervizi?

V pracovní smlouvě máme zanesenou povinnost zúčastnit se supervize, ale se závažných důvodů není supervize povinná.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Možnosti mám. Mohu si dodělat vysokou školu.

13. Domníváte se, že by v Dětském krizovém centru měl pracovat další odborník?

Ano, terapeut – muž.

### **Rozhovor č. 9 - psycholog**

1. Jak dlouho v Dětském krizovém centru pracujete?

Pracuji zde pět měsíců.

2. Jakou máte vystudovanou školu?

Vysokou školu v Brně. Obor psychologie.

3. Kde jste předtím pracovala?

Ve Fondu ohrožených dětí v Klokánku a na lince důvěry.

4. Jaké služby v Dětském krizovém centru poskytujete?

Jedná se o terapii hrou, diagnostiku klientů, krizovou intervenci.

5. S kým nejčastěji spolupracujete - dítě, rodič, instituce?

Nejčastěji s dětmi, potom s rodiči. Komunikaci s institucemi zajišťuje sociální pracovnice.

6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem?

Kolem jedné hodiny. Vždy záleží na věku dítěte. Potom mám půl hodiny na zpracování

výsledků sezení.

7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?

To je velmi individuální. Po pěti sezení se vyhodnocují dosažené výsledky. Někdy se sezení ukončí nebo se pokračuje.

8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?

Jsem tu sice krátkou dobu, ale myslím si že jsme časově vytíženi. I o prázdninách, kdy prý býval provoz většinou klidnější, jsme měli dostatek klientů.

9. Domníváte se, že by Dětské krizové centrum mělo poskytovat ještě nějaké služby?

Služby by se samozřejmě daly rozšířit, ale nejsou na to prostory a zatím asi ani finanční prostředky.

10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?

Kolegyně si dělají kurz mediace. Potom by se možná zavedla do praxe, ale je to otázka času.

11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?

Ano, případová supervize. Já mám ještě navíc intervize s paní ředitelkou, kde probíráme jednotlivé klienty a jak jsem s nimi pracovala, co jsem udělala dobře, či co jsem mohla udělat jinak.

Co Vám supervize přináší?

Supervize mi dává jistotu, že práci kterou dělám, dělám dobře.

12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?

Byl mi uhrazen kurz krizové intervence. Poté se můžeme zúčastnit různých seminářů, kurzů. Takže možnosti zde máme.

13. Domníváte se, že by v Dětském krizovém centru měl pracovat další odborník?

Ano, psycholog- muž.

## 5. DISKUZE

Rodina je průsečík vztahů mezi jedincem, členy rodinného společenství a společností jako celku. Její poruchy jsou také proto poruchami vztahů (rodičovských na prvním místě), které vznikají z nejrůznějších důvodů vnitřních (postižené dítě, dítě s poruchami chování) a důvodů vnějších (ohrožené dítě – nejrůznější biologickými, psychickými, sociálními a kulturně duchovními vlivy) (15).

V České republice jsou pouze tři nestátní organizace, které se zabývají problematikou ohroženého dítěte. Je to Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji, Dětské krizové centrum v Praze a Krizové centrum pro děti a mládež v Brně. Tyto organizace se snaží vytvářet alternativní modely péče o ohrožené děti, jejich spolupráce s orgány státu je však dosud v mnoha případech nesnadná. Důvodem je skutečnost, že pro všechny instance rozhodující o zajištění potřeb ohroženého dítěte je nejméně náročným postupem desítky let tradované předávání dítěte do ústavu (33).

Graf č. 1 a graf č. 2 znázorňují typologii řešených problémů ve dvou krizových centrech. Z těchto grafů je patrné, že v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji převládá kategorie jiná problematika. Do této skupiny problémů byly zařazeny např. poruchy chování, výchovné problémy, školní problémy, emoční problémy atd. Následuje spor o dítě, ohrožující prostředí a syndrom CAN. V Dětském krizovém centru je, na prvním místě řešených problémů, syndrom CAN, dále spor o dítě, jiná problematika a ohrožující prostředí.

Předpokládaná hypotéza, problematika syndromu CAN se u klientů krizových center vyskytuje častěji než ostatní problémy, se potvrdila pouze v Dětském krizovém centru, nikoliv v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji.

Skutečnost, že Dětské krizové centrum poskytuje své služby již od roku 1992, řadí toto pracoviště na přední místo v rámci sítě psychosociálních služeb v celé České republice. Dětské krizové centrum disponuje pravděpodobně největším souborem praktických poznatků a každodenních zkušeností při řešení syndromu CAN (51). To je dle mého názoru hlavní důvod, proč se předpokládaná hypotéza potvrdila jen v Dětském krizovém centru.

Z tohoto zjištění by se dalo usuzovat, že výskyt syndromu CAN u dětí

v Jihočeském kraji je minimální. Odborníci se domnívají, že počet dětí, kterým se dostane odborná péče a zabrání se tím dalšímu prohlubování jejich traumatu, tvoří jen zlomek dětí, které nadále musí týrání či zneužívání snášet. Zde se nabízí otázka, zda je v Jihočeském kraji dostatečná detekce syndromu CAN a zda pracovníci, kteří mají u dětí podezření na syndrom CAN, jsou schopni a ochotni daný případ dořešit do konce a kontaktovat krizové centrum či jiné odborné pracoviště.

Zajímavé by bylo zjistit, kolik dětí v Dětském krizovém centru, u kterých byl diagnostikován syndrom CAN, pocházelo z Jihočeského kraje. To by mohl být další důvod, proč byl syndrom CAN v Jihočeském kraji v roce 2007 diagnostikován „pouze“ u pěti klientů.

Na druhém místě v pořadí řešených problémů se v krizových centrech vyskytuje problematika spor o dítě. Tato problematika je vázaná na předrozvodovou, rozvodovou a porozvodovou situaci v rodině dítěte. Výskyt tohoto jevu není překvapující a je v souladu s uváděnou vysokou rozvodovostí.

Graf č. 3 a graf č. 4 ilustruje, v jakém počtu se krizová centra setkávají s jednotlivými subkategoriemi syndromu CAN. V Krizovém centru pro děti a rodinu řešili ve sledovaném období tři případy psychického týrání a dva případy sexuálního zneužívání. V Dětském krizovém centru byl největší počet syndromu CAN v oblasti sexuálního zneužívání – 99 případů, následovalo fyzické týrání – 26 případů a nejméně 13 případů bylo v subkategorii psychického týrání. Psychické týrání je nejobtížněji prokazatelné, neboť nezanechává viditelné stopy a psychické následky lze nejobtížněji objektivně prokázat.

Zkušenosti odborníků potvrzují, že problematika syndromu CAN je ve většině případů vázána na rodinné prostředí. Aktéry týrání a zneužívání dítěte se paradoxně stávají nejbližší lidé. Ti namísto toho, aby brali ohled na to, co dítě ke svému zdravému vývoji potřebuje, upřednostňují potřeby vlastní a dítě zneužívají jako prostředek ke svému zneužívání. Šířka i hloubka traumatizace jsou nejvíce umocněny právě skutečností, že původcem týrání dítěte bývá jeho nejbližší rodina, dokonce přímo rodiče (3). Rozvinutý syndrom CAN má zásadní dopad na psychický stav a vývoj dítěte. Zasahuje dítě v plné šíři duševního života, promítá se do celkového emočního ladění,

do sebepojetí, do kvality interpersonálních vztahů, odráží se v poruchách chování i rozvoje sociální patologie (51).

Poslední dva grafy č. 5 a č. 6 poukazují na podíl uživatelů služeb v krizových centrech dle pohlaví. V Krizovém centru pro děti a rodinu a v Dětském krizovém centru převažují mezi uživateli služeb ženy a to podílem 63 %, v krizovém centru v Českých Budějovicích a 66 % v krizovém centru v Praze. Ženy vyhledávají služby krizových center častěji než muži. Otázkou je, z jakého důvodu přicházejí ženy častěji řešit daný problém do krizové centra? Jedna ze skutečností je, že sexuálním zneužíváním jsou častěji postiženy dívky. Dalším důvodem může být to, že při rozhodování o péči o dítě po rozvodu je až v 90 % případů dítě svěřováno do péče matky (29) a tudíž žena – matka - navštěvuje častěji krizové centrum s dítětem, aby řešila daný problém.

V druhé část výzkumu jsem se zaměřila na porovnání služeb v Krizovém centru pro děti a rodinu v Jihočeském kraji a v Dětském krizovém centru. Kvalitu poskytovaných sociálních služeb je možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných parametrů. Tyto parametry jsou zaneseny ve standardech poskytované péče. Jednotlivá kritéria standardů jsou seskupovány do následujících okruhů – kvalita prostředí, personálu, péče a kvalita řízení (34).

Otázka č.1 poukazuje na odpracovanou dobu respondentů v krizovém centru. Zaměstnanci Dětském krizového centra, se kterými byl veden rozhovor pracují v organizaci v průměru jeden rok a tři měsíce. V Krizovém centru pro děti a rodinu je průměrná doba zaměstnání tři roky.

Všichni respondenti mají vysokoškolské vzdělání v oboru, které odpovídá jejich pracovnímu zařazení v krizovém centru a sedm z devíti respondentů, před nástupem do krizového centra pracovalo v sociální oblasti, kde získávali odborné zkušenosti a dovednosti (otázka č.2 a 3).

Následující výsledky odpovídají na stanovené výzkumné otázky.

- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí služby, které jejich instituce poskytuje klientům?

Otázka č. 4 se zaměřovala na zjišťování poskytovaných služeb klientům. Obě krizová centra poskytují shodné služby. Jedná se především o krizovou intervenci,

sociálně-právní poradenství, psychologické poradenství, diagnostiku, terapii, zprostředkování soudně nařízeného styku rodiče s dítětem a přednáškovou činnost. Z rozhovorů vyplynulo, že poptávka po poskytování podporovaných setkávání v Dětském krizovém centru převyšuje kapacitu možností krizového centra. Naopak v Krizovém centru pro děti a rodinu jsou podporovaná setkávání jednou ze stěžejních služeb.

Z odpovědí na otázku č. 5, vyplynula zajímavá informace a to že systém práce v krizových centrech je odlišný. V Krizovém centru pro děti a rodinu pracují respondenti jak s dětmi, rodiči tak institucemi, což jim umožňuje řešit případ komplexně. V Dětském krizovém centru sociální pracovníce přichází při řešení případu do styku jen s rodiči a institucemi a psycholog pracuje převážně s dětmi a rodiči. Děje se tak z důvodu, že v Dětském krizovém centru mají zaveden systém mikrotýmu, který tvoří sociální pracovník a psycholog. Společně tak spolupracují na řešení problému.

Otázkou č. 6 jsme zjišťovali jak dlouho trvá jedno sezení s klientem. V Krizovém centru pro děti a rodinu je délka sezení jedna hodina. V Dětském krizovém centru mají na jednoho klienta vyhrazený časový limit, který se pohybuje v rozmezí 45 minut až jedné hodiny. Průměrný počet řešených případů, které má na starosti jeden zaměstnanec krizového centra za den, se pohybuje v obou centrech shodně a to kolem pěti až šesti klientů. Počet sezení s jedním klientem v krizovém centru v Českých Budějovicích i v Praze upravují standardy poskytovaných služeb. V Krizovém centru pro děti a rodinu je maximální počet sezení deset a v Dětském krizovém centru se po pěti sezeních vyhodnocují dosažené výsledky a podle potřeby se počet sezení zvýší či se spolupráce s klientem ukončí. Samozřejmě i v Krizovém centru pro děti a rodinu probíhá průběžné zhodnocení sezení a zaměstnanci krizového centra berou vždy ohled na potřeby klienta (otázka č.7).

- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí kapacitní vytíženost jejich pracoviště a s tím související možnosti rozšíření poskytovaných služeb?

Otázka č. 8 se zaměřovala na subjektivní pocit respondentů ohledně vytíženosti pracoviště. Zde je mezi krizovými centry shoda a všichni respondenti se domnívají, že je jejich pracoviště kapacitně vytíženo.

Následující otázka č. 9 se soustřeďuje na další možnosti poskytování služeb v krizovém centru. Krizové centrum pro děti a rodinu rozšířilo služby o krizovou pomoc dospělým v září 2008. Dále by respondenti viděli možnost rozšířit služby o besedy a přednášky na téma obtížné životní události pro širokou veřejnost. V Dětském krizovém centru by respondenti přivítali rozšíření služeb o mediaci s rodinou.

Otázkou č. 10 jsme zjišťovali, zda krizové centrum bude aktuálně zavádět novou službu pro klienty. Respondenti z obou krizových center se shodují, že o zavedení další služby pro klienty se momentálně neuvažuje. Hlavním důvodem v obou případech je vytíženost zaměstnanců, nedostatek finančních prostředků a nedostatečné prostorové kapacity.

- Jak zaměstnanci DKC a KC JK hodnotí prevenci syndromu vyhoření na jejich pracovišti?

Pomáhající pracovník může přečkat negativní úkoly klienta díky síle podpory a supervizního vztahu (19). Této problematice se týkala otázka č. 11. V krizových centrech, kde byl výzkum proveden, probíhá supervize pravidelně. Většinou se jedná o případovou supervizi, individuální supervizi a intervizi. Všichni respondenti možnost supervize vítají. Supervize jim dává příležitost podívat se na věci s odstupem, pustit se do hledání nových možností, odhalit poučení, které se v obtížných situacích často skrývá a získat podporu. Bylo pro mě překvapujícím zjištěním, že v Dětském krizovém centru mají pracovníci povinnost zúčastnit se supervize zanesenou v pracovní smlouvě.

Supervize je součástí péče o sebe a umožňuje zůstat otevřený novému učení, a je také nepostradatelnou součástí neustálého vývoje pomáhajícího jeho sebeuvědomění a odhodlání se vyvíjet. Nedostatek supervize může přispívat k pocitům opotřebovanosti, rigidity a zaujímání obranné pozice, což může přispívat k rozvoji syndromu vyhoření. Supervize může tento proces zastavit (19). Velmi dobře působí, jsou-li před zaměstnance stanovovány nové cíle a ponechán prostor iniciativě (18).

Aby zaměstnanci krizového centra mohli poskytovat kvalitní služby klientům, musejí si neustále rozšiřovat odborné znalosti. Jakou možnost dalšího vzdělávání mají respondenti krizových center jsem mapovala otázkou č. 12. Krizová centra své zaměstnance v dalším vzdělávání podporují a z velké části jim financují vzdělávací



programy. Jsou-li kurzy, semináře, kongresy atd. ekonomicky náročné, musejí si zaměstnanci sami finančně přispět. Po absolvování vzdělávacího programu předají pracovníci nové informace kolegům.

Průběžná supervize, existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků je úspěšnou kompenzací psychické zátěže a také prevencí syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, prakticky každý pracovník po určité době má některé jeho projevy. Nespecifickou, obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka klade intenzivní kontakt s lidmi využívající sociální služby. Profesionální sociální práce přináší pracovníkům nepřetržitý kontakt se skupinami lidí, jejichž potřeby jsou akcentované, psychika je v nerovnováze a jejich představa o pomoci není vždy realistická (32).

Poslední otázka č. 13, která byla položena všem respondentům zjistila, že by pracovníci krizových center uvítali ve svých řadách posilu mužského pohlaví. Dle jejich názorů by byl muž přínosem pro klienty, hlavně chlapce, ale i pro kolektiv. Hlavní problém vidíme v tom, že práce sociálního pracovníka je veřejností vnímána spíše jako ženské povolání a proto je v krizových centrech, ale i v jiných zdravotně - sociálních zařízeních, nedostatek mužského personálu.

Stoupenci feministického hnutí původě kritizovali státní instituce za to, že se snaží udržet ženy (klientky) tam, „kam patří“, tj. v rodinách. Postupně se důraz přesouvá na antiopresivní sociální práci jako zdroj zplnomocnění žen – nejen klientek, ale i sociálních pracovníků. Poukazují na institucionalizovaný sexismus v oblasti sociální politiky, akademické půdy a alokace zdrojů. V těchto oblastech rozhodují muži, ačkoliv v sociální práci bývají zaměstnány převážně ženy (32). Dalším důvodem nedostatku mužů, jako sociálních pracovníků, je bezesporu finanční ohodnocení za tuto práci a její prestiž ve společnosti.

- Jakým způsobem zajišťují vedoucí pracovníci v DKC a KC JK personální standardy v jejich instituci?

Otázka č. 14 byla položena jen vedoucím krizových center. Z odpovědí je patrné, že fluktuace pracovníků v krizových centrech je poměrně velká a že je problém při výběrovém řízení vybrat správného uchazeče na danou pozici.

Důvodem velké fluktuace zaměstnanců v krizových centrech může být nezvládnutí psychické zátěže, kterou tato práce přináší a malé finanční ohodnocení. V této souvislosti bychom rádi upozornili na důležitost pracovně právní ochrany klientů, ale i pracovníků krizových center. Proto je nutné aby krizová centra měla k dispozici právního poradce.

- Jakým způsobem zajišťují vedoucí pracovníci v DKC a KC JK prevenci sociální patologie u dětí?

Otázka č. 15 a č. 16 byla položena jen vedoucím pracovníkům krizových center. Další nabídkou služeb pro potencionální klienty jsou odborné přednášky. Z odpovědí vyplynulo, že o uspořádání odborných přednášek pro školy, veřejnost, jsou krizová centra většinou sama kontaktována a že zájem o tuto službu je veliký hlavně ze stran středních škol a vyšších odborných škol.

Krizová centra pořádají pro veřejnost i dny otevřených dveří. V krizovém centru v Českých Budějovicích se takto děje dvakrát ročně a v Dětském krizovém centru probíhá den otevřených dveří jedenkrát za rok. Tuto skutečnost zjišťovala otázka č.16.

Při porovnání služeb v Krizovém centru pro děti a rodinu a v Dětském krizovém centru jsem neshledala velké rozdíly. Obě krizová centra nabízejí klientům velmi podobné služby. Postup práce mají pracovníci v krizových centrech odlišný, ale tento fakt je běžný, jelikož každé organizaci vyhovuje jiný systém práce. Velmi příjemné bylo zjištění, že v krizových centrech probíhají pravidelně supervize a že respondenti supervizi nevnímají jako povinnost, ale berou supervizi jako šanci osobního růstu. Ke kvalitě poskytovaných služeb přispívá i možnost dalšího profesního vzdělávání, který je dle našeho názoru v Krizovém centru pro děti a rodinu i v Dětském krizovém centru dostatečně podporován.

Z poznatků, které jsem získala při kvalitativním výzkumu, vyplývá následující hypotéza. Pracovníci krizových center se domnívají, že poskytované služby v rámci krizové intervence jsou dostatečné.

Cílem práce bylo zjistit jaká problematika se nejčastěji vyskytuje u klientů krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou a porovnat klientelu a služby ve dvou krizových centrech, v Dětském krizovém centru v Praze a v Krizovém centru

pro děti a rodinu v Jihočeském kraji. Cíl diplomové práce byl splněn. Byla bych ráda, aby její výsledky napomohly ke zkvalitnění poskytovaných služeb v krizových centrech.

## 6. ZÁVĚR

Situace dětí v obtížných situacích navzdory stále se rozšiřující a prohlubující péči o ně, zůstává stále nedostatečně řešena. Trpí mnoha problémy, z nichž především vystupuje do popředí její roztržité, nekoordinace, živelnost a často i nedostatečné odborné řešení (13).

V teoretické části byl vysvětlen pojem krize, krizová intervence, rodina a její význam pro dítě, byla nastíněna problematika rozvodu a syndromu CAN.

Praktická část navazuje na východiska uvedená v teoretické části. Cílem práce bylo zmapování problematiky, se kterou se nejčastěji setkávají pracovníci krizových center zaměřených na práci s dětmi a rodinou a porovnat klientelu a služby ve dvou krizových centrech, v Dětském krizovém centru v Praze a v Krizovém centru pro děti a rodinu v Českých Budějovicích. Pomocí sekundární analýzy dat byla zjištěna nejčastější typologie problémů klientů, se kterými pracovníci v krizových centrech pracují. Na začátku této práce byla stanovena hypotéza, že problematika syndromu CAN u klientů krizových center se vyskytuje častěji než ostatní problémy. Hypotéza se nám podařila potvrdit pouze v Dětském krizovém centru v Praze. Důvody, proč se hypotéza nepotvrdila i v Krizovém centru pro děti a rodinu, uvádím v části 5. diskuze.

Pro porovnání služeb, ve vybraných krizových centrech, jsem využila polostandardizovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo celkem 9 respondentů. Z odpovědí pracovníků krizových center, se kterými byl veden rozhovor jsem stanovila následující hypotézu: pracovníci krizových center se domnívají, že poskytované služby v rámci krizové intervence jsou dostatečné.

Diplomovou práci bude možno využít jako ucelený přehled problematiky, kterou řeší dvě ze tří specializovaných krizových center, zaměřených na práci s dětmi a rodinou. Pracovníci krizových center budou moci navzájem porovnat svoji práci. Dále může diplomová práce sloužit jako podnět pro zavedení nových služeb.

## 7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAKALÁŘ, E. a kol. *Rozvodová tematika a moderní psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2006, 124 s. ISBN 80-246-1089-2
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 300 s., ISBN 80-247-0708-X
3. BECHYŇOVÁ, V., BUBLEOVÁ, V., DUŠKOVÁ, Z., a kol.: *Syndrom CAN a způsob péče o rodinný systém*. 1.vyd. Praha: Ireas, 2007, 236 s. ISBN 978-80-86684-47-5
4. BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 152 s. ISBN 978-80-7367-392-5
5. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 -2: Část 1- citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s.
6. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 -2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004.
7. BOUDON, R., BERNARD, P. a kol. *Sociologický slovník*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 253 s. ISBN 80-244-0735-36.
8. COLOROSOVÁ, B. *Krizová situace v rodině*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2008, 240 s. ISBN 978-80-249-1027-7
9. CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY[online]2007.[cit. 2008-11-08]. Dostupné z: <http://www.childwelfare.gov/pubs/factsheets/signs.cfm>
10. DĚTSKÉ CENTRUM JIHOČESKÉHO KRAJE. Kdo jsme. [online]. 21.8.2008. [cit. 2008-09-17]. Dostupné z: <http://www.dcjk.cz/kdojsme.htm>
11. DĚTSKÉ KRIZOVÉ CENTRUM. O nás. [online]. 2002. [cit. 2008-09-15]. Dostupné z: [http://www.dkc.cz/o\\_nas.php#o\\_sdruzeni](http://www.dkc.cz/o_nas.php#o_sdruzeni)
12. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139=7.
13. DUNOVSKÝ, J., Dětské krizové centrum pro pomoc rodinám a dětem v tísni-principy jeho budování a činnosti. *Zdravotnictví a právo*. Praha: 2002, roč.VI, č. 11, s.

7- 10. ISSN 1211-6432

14. DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z., a kol.: *Týrané zneužívané a zanedbávané dítě*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1995, 245 s. ISBN 80-7169-192-5

15. DUNOVSKÝ, J. MITLÖHNER, M. a kol. *Problematika dětských práv a komerčního sexuálního zneužívání dětí u nás a ve světě*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 252 s. ISBN 80-247-1201-6

16. DUNOVSKÝ, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999, 284 s. ISBN 80-7169-254-9

17. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1.vyd. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4

18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

19. HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Přel. Hartlová, H. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. Přel. z: *Supervision in the helping professions*. ISBN 80-7178-715-9.

20. HEINDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metoda a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2

21. HUBÁČKOVÁ, J. *Zkola informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje*[online]. 15.8.2007[cit. 2008-09-01]. Dostupné z:

<http://www.zkola.cz/zkedu/zaskolou/socialnepatologickejevvyajejichprevence/tyranizneuzivaniazanedbavanideti/syndromcan/12448.aspx>

22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

23. KASTOVÁ, V. *Krize a tvořivý přístup k ní*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000, 168 s. ISBN 80-7178-365-X

24. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1.vyd. Olomouc: ANAG, 2007, 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7

25. KOVAŘÍK, J. *Dětská práva – Víím, co smím?* 1.vyd. Praha: Nadace naše dítě, 2002, 20 s. ISBN 80-238-9291-6

26. KOZLOVÁ, L. *eAMOS. Výzkum v sociální oblasti*. [online]. [cit. 2008-11-13]. Dostupné z:[http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm)

27. MALÁ, E., RABOCH, J., SOVÁK, Z. *Sexuálně zneužívané děti*. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1995, 128 s. ISBN 80-85121-99-9
28. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994, 214 s. ISBN 80-85824-06-X
29. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 128 s. ISBN 80-247-0332-7
30. MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. 1.vyd. Praha: Portál, 1994, 98 s. ISBN 80-85282-83-6
31. MATĚJČEK, Z. *Rodiče a děti*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1989, 336 s. ISBN 08-056-89
32. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2
33. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
34. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
35. NOVÁK, T., PRŮCHOVÁ, B. *Předrozvodové a rozvodové poradenství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 144 s. ISBN 978-80-247-1449-3
36. PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1. vyd. (dotisk), Praha: Academia, 2000, 834 s. ISBN 80-200-0982-5
37. PLAŇAVA, I. *Manželství a rodiny*. 1.vyd. Brno: Doplněk, 2000, 294 s. ISBN 80-7239-039-2
38. PÖETHE, P.: *Dítě v ohrožení*. 1.vyd. Praha: G plus, 1996, 143 s., ISBN 80-901896-5-2
39. PREKOP, J. *Jak být dobrým rodičem. Krůpěje výchovných moudrostí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 84 s. ISBN 80-247-9063-7
40. PRŮCHOVÁ, B., NOVÁK, T. *Jak přežít rozvodové peklo*. 1.vyd. Brno: JOTA, 2004, 198 s. ISBN 80-7217-294-8
41. SMITH, H. *Děti a rozvod*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 184 s. ISBN 80-7178-906-2
42. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1.vyd.

Praha: Grada Publishing, 2004, 132 s. ISBN 80-247-0888-4

43. ŠPATENKOVÁ, N., a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 200 s. ISBN 80-247-0586-9

44. ŠPECIÁNOVÁ, Š. *Ochrana týraného a zneužívaného dítěte*. 1.vyd. Praha: Linde nakladatelství, 2003, 156 s. ISBN 80-86131-44-0

45. TEYBER, E. *Děti a rozvod*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 2007, 227 s. ISBN 978-80-7255-163-7

46. VANÍČKOVÁ, E. *Tělesné tresty dětí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, 116 s. ISBN 80-247-0814-0

47. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd., Praha, Portál s.r.o. 2004, 870 s. ISBN 80-7178-8023

48. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9

49. Výroční zpráva 2006, Dětské krizové centrum.

50. Výroční zpráva 2006, Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji občanské sdružení.

51. Výroční zpráva 2007, Dětské krizové centrum.

52. Výroční zpráva 2007, Krizové centrum pro děti a rodinu v Jihočeském kraji občanské sdružení.

53. WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 264 s. ISBN 80-247-0929-5

54. WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání pachatelé a oběti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 212 s. ISBN 80-7169-795-8

55. WARSHAK, R. *Rozvodové jedy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 389 s. ISBN 80-7254-439-X

56. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

57. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon.

58. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně- právní ochraně dětí.



## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Krize

Krizová intervence

Rodina

Rozvod

Syndrom CAN

## 9. PŘÍLOHA

### Příloha č.1

Klasifikace vybraných životních událostí podle Holmese a Rahe. Překročili-li součet bodů v jednom roce 250, je velmi pravděpodobné, že to bude mít negativní následky v oblasti psychické, somatické nebo ve schopnosti přiměřené sociální adaptace.

Událost	Relativní závažnost
úmrť partnera/partnerky	100
rozvod	73
rozvrat manželství	65
uvěznění	63
úmrť blízkého člena rodiny	63
úraz, nemoc	53
sňatek	50
ztráta zaměstnání	47
usmíření, přebudování manželství	45
odchod do důchodu	45
změna zdrv.stavu člena rodiny	44
těhotenství	40
sexuální obtíže	39
přírůstek do rodiny	39
změna zaměstnání	36
změna finančního stavu	38
úmrť blízkého přítele	37

přeřazení na jinou práci	36
závažné neshody s partnerem	35
vysoká výpůjčka peněz	31
splatnost půjčky	31
změna odpovědnosti v práci	29
syn nebo dcera opouští domov	29
konflikty s tchyní/tchánem	29
mimořádný čin, výkon	28
manžel/ manželka nastupují do práce	26
vstup do školy, ukončení	26
změna životních podmínek	25
konflikty s nadřízeným	23
změna pracovní doby	20
změna bydliště	20
změna církve nebo politické strany	19
dovolená	13
Vánoce	12

## Příloha č. 2

Seznam otázek k polostandardizovanému rozhovoru.

1. Jak dlouho v krizovém centru pracujete?
2. Jakou máte vystudovanou školu?
3. Kde jste předtím pracovala?
4. Jaké služby v krizovém centru poskytlujete?
5. S kým nejčastěji spolupracujete – dítě, rodič, instituce?
6. Jak dlouho trvá jedno sezení s klientem
7. Kolik sezení jeden klient absolvuje?
8. Domníváte se, že je pracoviště kapacitně vytíženo?
9. Domníváte se, že by krizové centrum mělo poskytovat ještě nějaké služby?
10. Uvažujete o zavedení nové služby pro klienty?
11. Probíhá na vašem pracovišti supervize?
12. Jakou máte možnost dalšího vzdělávání?
13. Domníváte se, že by v krizovém centru měl pracovat další odborník?

Otázky pro vedoucí pracovníky krizového centra.

14. Jak zajišťujete personálně služby kvalifikovanými pracovníky?
15. Kdo kontaktuje krizové centrum na uspořádání přednášky pro školy, veřejnost?
16. Jak často máte v krizovém den otevřených dveří?