

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Lenka Sedláčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vývojové potřeby sociálně ohrožených dětí z pohledu zdravotně – sociální péče

Bakalářská práce

2023

Lenka Sedláčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Lenka Sedláčková
Osobní číslo:	Z19020
Studijní program:	B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor:	Zdravotně-sociální pracovník
Téma práce:	Vývojové potřeby sociálně ohroženého dítěte z pohledu zdravotně-sociální péče
Téma práce anglicky:	Developmental needs of a socially endangered child from the point of view of health and social care
Zadávací katedra:	Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ Hana, 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: V kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 216 s. ISBN 978-80-262-0522-7.
MATOUŠEK, Oldřich, 2020. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny*. Portál, 2. vydání, 208 s. ISBN 978-80-262-1707-7.
PÓTHE, Petr, 2020. *Síla neovysloveného: příběhy z psychoterapie dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 288 s. ISBN 978-80-262-1589-9.
SACHS, George, 2019. *Pomoc traumatizovanému dítěti: Materiály pro terapeuty, kteří při práci s dítětem používají kognitivně behaviorální přístup*. Libčice nad Vltavou: Pasparta, 134 s. ISBN 978-80-88290-18-6.
ŠULOVÁ, Lenka, 2019. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 248 s. ISBN 978-80-246-4479-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Kmentová**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2023**

LS.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Vývojové potřeby sociálně ohroženého dítěte z pohledu zdravotně – sociální péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 26.4.2023

Lenka Sedláčková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Kateřině Kmentové a dále předešlé vedoucí této práce PhDr. Karolíně Rumlové MBA, za vstřícnost, trpělivost a cenné rady, které přicházely během tvorby této práce. Dále bych chtěla poděkovat svému příteli, přátelům a rodině za veškerou podporu během mých studií.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá tematikou vývojových potřeb sociálně ohrožených dětí z pohledu zdravotně-sociální péče. Teoretická část práce popisuje vývojové potřeby, představuje pojem attachment a následně definuje jeho poruchy. Dále se zabývá tématem sociálně ohroženého dítěte a traumatizovaného dítěte, definuje pojem trauma a s ním spojené rizikové faktory či diagnostiku traumatu. Výzkumná část je uskutečněna pomocí polostrukturovaného rozhovoru, zabývá se projevy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem.

KLÍČOVÁ SLOVA

Vývojové potřeby, sociálně ohrožené dítě, trauma u dítěte, péče o sociálně ohrožené děti

TITLE

Developmental needs of a socially endangered child from the point of view of health and social care

ANNOTATION

This bachelor's thesis deals with the topic of a developmental needs of a socially endangered child from the point of view of health and social care. The theoretical part of thesis describes developmental needs, represents a concept of attachment, and then defines its disorders. The topic also deals with a socially endangered child and a traumatized child, defines the term of trauma and associated risk factors and diagnosis of trauma. The research part, is realized out by means of semi- structured interview, deals with manifestations of inappropriate behavior towards socially endangered children.

KEYWORDS

Developmental needs, socially endangered child, trauma and child, care for socially endangered child

OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíle a metody práce	12
1.1 Cíl teoretické části bakalářské práce	12
1.2 Cíl praktické části bakalářské práce.....	12
1.3 Metody k dosažení cíle.....	12
Teoretická část	13
2 Vývojové potřeby dítěte.....	13
2.1 Vývojové potřeby dle Abrahama Maslowa.....	13
2.2 Vývojové potřeby dle Alberta Pessa a Diane Boyd- Pessa.....	15
2.3 Teorie attachmentu	17
2.3.1 Poruchy attachmentu.....	21
3 Sociálně ohrožené dítě a traumatizované dítě.....	24
3.1 Definice ohroženého a traumatizovaného dítěte	24
3.2 Trauma u dítěte.....	26
3.2.1 Druhy nevhodného zacházení pečujících osob s dětmi	28
3.2.2 Rizikové faktory na straně rodičů	30
3.3 Obranné a vyrovnávací strategie dítěte.....	31
3.3.1 Přehled obranných a vyrovnávacích strategií.....	32
3.4 Diagnostika traumatu u dětí.....	35
4 Kompetence profesionálů v rámci multidisciplinárního týmu	37
4.1 Odbor zdravotnictví	37
4.2 Odbor sociální péče.....	38
4.3 Odbor školství	40
Výzkumná část.....	43
5 Metodika výzkumné části	43

5.1	Metodologie výzkumu	43
5.2	Charakteristika respondentek	45
5.3	Průběh průzkumu.....	45
6	Prezentace výsledků výzkumu.....	46
7	Diskuze	53
8	Závěr.....	57
9	Použitá literatura.....	59
9.1	Primární zdroje.....	59
9.2	Sekundární zdroje.....	59
9.3	Internetové zdroje.....	60
9.4	Ostatní zdroje.....	61
10	Přílohy.....	62

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1- <i>Prezentace výsledků, obecné informace</i>	46
Tabulka 2- <i>Prezentace výsledků, použití diagnostických nástrojů</i>	47
Tabulka 3- <i>Prezentace výsledků, rizika a nevhodné chování</i>	48
Tabulka 4- <i>Prezentace výsledků, aktuální životní postoj</i>	51
Tabulka 5- <i>Prezentace výsledků, profesní seberozvoj</i>	52

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

SST	Strange Situation Test
D-D	Dezorganizovaný typ
Syndrom CAN dítěte	Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného
CAN Syndrome	Child abuse and neglect syndrome
CSA	Sexuální zneužívání dětí
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
OSPOD	Orgán sociálně – právní ochrany dětí
SAS	Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
ČR	Česká republika
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SVP	Střediska výchovné péče
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
ZŠ	Základní škola

ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem vývojových potřeb sociálně ohrožených dětí z pohledu zdravotně – sociálního pracovníka. Při výběru témat bakalářských prací mě právě tato zaujala svou rozmanitostí a mojí osobní zkušenost při práci s touto cílovou skupinou. Během mých dosavadních praxí a pracovních zkušeností jsem se se sociálně ohroženými dětmi a jejich rodinami setkala několikrát. Problematika této cílové skupiny je velmi roztržštěná do nejrůznější odborů a oddělení, kdy se názory jednotlivých odborníků ne vždy shodují. Je tedy časté, že při nevyhovujícím jednání zejména s ohroženými dětmi se jejich situace nezlepšuje, je tomu bohužel spíše naopak.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, a to z teoretické a průzkumné. Teoretická část bakalářské práce se skládá z objasnění termínů jako vývojové potřeby dětí, jsou zde charakterizovány také jednotlivé přístupy k vývojovým potřebám dětí. Dále je v práci zaznamenán pojem attachment a jeho poruchy. V práci jsou dále uvedeny termíny jako sociálně ohrožené dítě či trauma u dítěte, které jsou následně popsány a uvedeny jejich charakteristické rysy. V následující části teoretické práce se zabývám kompetencemi jednotlivých profesionálů v daných odvětvích, kteří spolupracují s ohroženými dětmi.

V druhé části bakalářské práci je stanoven hlavní cíl průzkumné části bakalářské práce. Hlavní cíl práce spočívá ve zjištění forem nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem. Dále jsou stanoveny dva dílčí cíle, a to s jakými projevy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem se respondenti setkávají, druhým dílčím cílem bylo zjistit jaké pracovní postupy jsou pro pracovnice nejefektivnější.

Odpovědi pro dané cíle byly získávány pomocí kvalitativního průzkumu, metodou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly uskutečněny s pěti respondentkami, které pracují ve službách, kde spolupracují s rodinami a dětmi, které jsou sociálně ohroženy. Souhlasy k uskutečnění rozhovorů se záznamem rozhovorů byly poskytnuty ze stran respondentek.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl teoretické části bakalářské práce

- Cílem je definovat vývojové potřeby dítěte a problematiku traumatu u dítěte.

1.2 Cíl praktické části bakalářské práce

- Zjistit formy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem.

1.3 Metody k dosažení cíle

- V teoretické části bakalářské práce je základem rešerše z odborných zdrojů, která vede ke shrnutí poznatků o vybraném tématu.
- Ve výzkumné části bakalářské práce byla použita technika polostrukturovaných rozhovorů, které byly uskutečněny s pěti respondentkami, za účely získání kvalitativních dat pro zodpovězení stanovených cílů.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Vývojové potřeby dítěte

Potřebu můžeme definovat jako stav nadbytku nebo nedostatku něčeho, co nás směřuje k činnostem, kterými bychom tuto potřebu uspokojili. Ve starších teoriích se pojem potřeba vyznačoval jako pud nebo instinkt. Autoři, kteří vytvořili různé koncepty základních vývojových potřeb se shodli na tom, že je nutné tyto potřeby správně naplnit. Dle autorů zabírajících se vývojovými potřebami dětí je nejhlavnějším a nejdůležitějším obdobím saturace, tedy doba ihned po jejich narození. V době po porodu je dítě nesamostatné, zcela odkázané na dospělou osobu. Dítě potřebuje mít pocit, že je někdo v jeho blízkosti, někdo, kdo ho má rád a dodává mu pocit bezpečí a jistoty. Potřebuje osobu, která se o něj postará, poskytne mu bezpečí a dítě se na něj může obrátit. Zdravý vývoj dítěte je ohrožen, v případě, kdy nemá šanci toto prožít a prostředí, ve kterém vyrůstá je chladné a bez jakéhokoli zájmu či podpory. Obranné reakce, které dítě používá mohou být zlost či agresivní chování, které dítě užívá vůči svému okolí (Martinková, 2018, s. 20-21).

O zanedbávání můžeme hovořit v té chvíli, pokud se dítě vyvíjí v prostředí bez lásky, chybí zde kladné city a psychická podpora, tudíž je jeho citový vývoj ohrožen. U dítěte se začíná projevovat frustrace, která se vyznačuje tím, že se dítě brání a projevuje negativní city či může být agresivní a zlé. Frustrace je do určitého rozsahu dobrá pro vývoj člověka, díky ní člověk překonává překážky. Člověk se může uchýlit k patologickému chování v případě, kdy frustrace překročí zdravou míru, v tuto chvíli se může vyskytnout zlost a agrese v chování jedince (Martinková, 2018, s. 20-21).

2.1 Vývojové potřeby dle Abrahama Maslowa

Pyramida, do které Abraham Maslow seřadil lidské vývojové potřeby jsou dále rozdělovány na nižší a vyšší, tudíž potřeby by měly být uspokojovány od základny, nejprve potřeby nižší a potom potřeby vyšší (Martinková, 2018, s. 21).

Abraham Maslow byl přesvědčený, že pokud chce osoba dojít k životnímu naplnění, musí nejprve naplnit nižší potřeby. Ty jsou obsaženy v nižších patrech pyramidy, potřeby nacházející se zde jsou významné pro společenské a vlastní přežití. Ve vyšších patrech pyramidy se nacházejí potřeby, které nejsou nutné pro přežití člověka, ale zaručují rozvoj osobnostního potenciálu a trvalou spokojenost. Jako hlavní zákonitost Maslowovy teorie lze považovat prvotní uspokojení nižších potřeb potřebné k následnému růstu do vyšších oblastí pyramidy (Procházková, 2018).

Dle Abrahama Maslowa každý živý jedinec má primární, přírodou dotvořenou povahu, která je do jisté míry přirozená a neměnná, ve většině případů se nemění. Základní potřeby (potřeba bezpečí, jistoty, lásky či potřeba sebeúcty a respektu) a dále lidské emoce se jeví jako dobré či neutrální. Zatímco zlomyslnost a krutost se potom jeví jako reakce na frustraci, či neuspokojení vnitřních potřeb (Maslow, 2014, s. 56).

V pyramidě Abrahama Maslowa jsou obsaženy tyto potřeby:

- Fyziologické potřeby (nejzákladnější a nejnižší základní potřeby);
- Potřeba bezpečí, jistoty,
- Potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti;
- Potřeba uznání, úcty;
- **Potřeba seberealizace** (nejvyšší stupeň **spojen s osobnostním růstem**) (Procházková, 2018)

Fyziologické potřeby jsou primární, díky jejich naplňování je jednatel naživu. Mezi tyto potřeby můžeme zařadit potřebu dýchání, spánku, rozmnožování, jezení, vyměšování či potřebu zbavit se bolesti. V případě, kdy je potřeba nenaplňovaná, naše tělo se rychle snaží o její naplnění.

Potřeba bezpečí a jistoty spočívá ve hledání jistoty, životní stability a spolehlivosti. Je možné sem zařadit také nutnost vyhýbání se nebezpečí nebo nepoznaným a nebezpečným podnětům. Tyto potřeby naplňujeme například ve chvílích obstarávání svého zdraví, rodiny či zaměstnání.

Potřebu lásky a sounáležitosti dodržujeme k zachování partnerských, přátelských či příbuzenských vztahů. Lze sem zařadit touhu po tom někam patřit, intimitě, potřebu být milován a milovat. Důležitý je pocit sounáležitosti, kdy jsme v kolektivu lidí, se kterými nejsme jen pro pocit jistoty. Třetí a prostřední potřeba Maslowovy pyramidy ochraňuje člověka před depresemi, úzkostnými stavy ale i samotou.

Potřeba úcty a uznání lze popsat jako touhu být uznán ostatními ve svém prostředí ale i uznání sebe sama. Životní proces uznání sebe sama je ve většině případů dlouhodobý proces. Z tohoto důvodu je potřeba u vrcholu celé pyramidy, v některých případech tato potřeba zůstává nenaplněna.

Potřeba seberealizace je nutkání rozvinout nejenom svou kapacitu, ale také talent či schopnosti. Dle Abrahama Maslowa jsou osoby seberealizované tvořivé, spontánní, nemají předsudky, bývají nezávislé na autoritách a dávají důraz na etiku. Ne každému se

podání zvládnout potřeby seberealizačního rázu. V případě úspěchu dochází k naplňování potřeb až ve středním věku a později (Procházková, 2018).

2.2 Vývojové potřeby podle Alberta Pessa a Diane Boyden-Pesso

Pět základních vývojových potřeb, pojmenovaných dle Alberta Pessa a Diane Boyden – Pesso se vyznačují tím, že by měly být naplněny v určitém období. Aby člověk dospěl ve šťastnou a zralou osobnost, musí být potřeby naplněny náležitým způsobem a určitými lidmi. Albert Pessa s Diane Boyden – Pesso pojmenovaly potřeby jako potřebu místa, sycení, podpory, ochrany a mezí (limitů) (Martinková, 2018, s. 24).

První potřeba, tedy **potřeba místa** je důležitá pro jedince v tom, aby měl pocit, že je součástí světa a okolní svět ho přijímá, má někoho, kdo ho má rád a plně ho respektuje (Martinková, 2018, s. 24).

Potřeba místa se po narození jedince naplňuje prostřednictvím citové náklonnosti a její výměny mezi matkou či otcem a dítětem. Doslovně je potřeba místa vymezena jako **potřeba být vidět**. Příkladem potřeby být viděn je například když malé děti volají na svou matku „mami podívej se co dělám nebo mami, dívej se, jak to pěkně umím.“
Potřebu místa můžeme specifikovat jako pomoc být doma ve **svém vlastním těle**. To lze definovat jako akceptování vlastního já, svého pohlaví a všeho dalšího co k tomu patří (Maminka dítěte podporuje proces: ty jsi moje holka/ kluk, já se na tebe dívám a vidím tě).
V případě, že dítě toto od svého okolí neslychá, může být doma kdekoli a cítí se doma samo v sobě.

Ve svém domově by mělo mít dítě svůj prostor, který by měl být vymezený pro jeho oblečení, pro ukládání hraček a všech dalších věcí. Dítě si díky možnosti mít „své místo“ ukotvuje rituály a důležitost péče o tento prostor. Potřeba místa má v sobě také obsaženo místo v srdci svých rodičů/ vychovatelů, kteří dítě informují – **ty jsi můj kluk/ holka, my jsme rádi, že tě máme, my jsme se na tebe těšili, vždy jsme si přáli, aby ses narodil/a právě ty**. Pojmem bludný poutník (dospělý člověk bez kořenů) se označuje člověk, který v dětství neměl vhodné prožitky potřeby místa. Člověk s označením bludný poutník často zabíhá k ideám, které nezapadají do tohoto světa, nezapadá mezi okolní společnost a působí dojmem, že není z této planety. Může inklinovat k Bohu, mimozemským hodnotám, protože má pocit, že je konečně doma a má možnost změny (Jiráková, 2015).

Potřeba výživy či syčení znamená příjem pití a potravy, v obrazném slova smyslu nasycení láskou, pozorností a podněty (Martinková, 2018, s. 24-25).

Člověk potřebuje být syčen:

- Pitím a jídlem (prostřednictvím pupeční šňůry, ústy);
- City, dostačujícími a vhodnými podněty (dítě se s důvěrou otevře někomu druhému);
- Prožít zkušenost plného břicha a mít z toho uspokojivý pocit – být v kontaktu sám se sebou (Jiráková, 2015).

Pod pojmem **potřeba podpory** si lze představit zajištění pevné náruče rodiče, ale také rozvíjení svých dovedností, schopností, sebejistoty, sebedůvěry či podporování v samostatnosti dítěte (Martinková, 2018, s. 25).

Novorozenec přichází na svět zcela jako bezmocný tvor. Novorozenému dítěti poskytujeme pomoc a podporu při překonávání zemské přitažlivosti. Podporu poskytuje pečující osoba, a to celému tělu novorozence, v nejvyšší míře hlavě, zádům a zadečku. Lidská náruč dítěti umožňuje prožití pocitu „nadašení“ nad zemí. Podpora poskytuje a zprostředkovává pocit o existenci „dna“ a země. Obrazně řečeno je podpora směřována na postupné získávání samostatnosti a sebedůvěry. Dítěti se posiluje samostatnost a sebedůvěru v rovině aktivní interakce (Jiráková, 2015).

Jako další potřebu uvádí tato teorie **potřebu ochrany**, kdy by dítě, které prochází zdravým vývojem mělo odhadnout a rozlišit bezpečné věci od těch nebezpečných, se kterými se následně adekvátně vypořádat. Dále by mělo mít dítě procházející zdravým vývojem schopnost odhadnout riziko situace (Martinková, 2018, s. 25).

Pod pojmem ochrana si lze představit zaopatření bezpečí, dále tato potřeba separuje dítě od útoku či definuje externí hranice. V obrazném zobrazení je dítě chráněno dětskými a lidskými právy, kontrolou společnosti, určitými náboženskými pravidly, i v případě, kdy není přímo se svými rodiči (Jiráková, 2015).

Potřeba limitů (mezi) se vyznačuje tím, že jedinec získá správnou míru pro své potřeby, emoce, vlastnosti, chování, projevy a svou energii (Martinková, 2018, s. 25).

Veškeré lidské bytosti se na svět dostávají se dvěma vrozenými silami. **Tyto síly jsou síla ničit a síla tvořit.** Dítě postupně zjišťuje skrze zkušenosti a interakci s pečující osobou či rodiči, že jak síla tvořit, tak i síla ničit **jsou člověkem kontrolovatelné a jejich moc někde končí.** V případě, kdy se dítě chová agresivně (používá při chování sílu), jeho pečující osoba/rodič umí jeho chování přijmout, aniž by ho odmítl. Ve skrze láskyplné reakci rodičů se dítě učí regulovat své chování (Jiráková, 2015).

2.3 Teorie attachmentu

Teorie citového pouta, jindy nazývaná teorie attachmentu byla vytvořena **Johnem Bowlbym (1907-1990)** v minulém století během 50. let. John Bowlby byl britský psycholog a psychiatr, který tuto teorii osvětlil při pozorování mladých jedinců a dětí, které v dětství postrádaly mateřskou péči (Martinková, 2018, s. 16).

Citová vazba se dá definovat jako přetrvávající citové pouto definované potřebou udržovat a vyhledávat blízkost s danou určitou osobou, především při prožívání stresu. John Bowlby pojmenoval a vymezil jednotlivé fáze teorie attachmentu a určité chování jedince, které při dané fázi probíhá, objasnil také transformování raných zkušeností do dospělosti. Zkušenosti, které jedinec nabyde a ovlivní ho v počátečních letech života trvale ovlivní vztah k lidem a jeho bytí ve společnosti.

Spolupracovnice a také spoluautorka teorie attachmentu je uváděna Mary Ainsworthová (1913-1999), která vedle teorie Johna Bowlbyho vytvořila svou teorii nazvanou Strange Situation Test (SST). Tuto teorii vybudovala na tom, že pozorovala chování dětí v rozdílných situacích – jinak se dítě chová v přítomnosti matky, po jejím odchodu, po příchodu cizí osoby, po návratu matky. Dle vzorců chování dětí v určitých situacích Mary Ainsworthová rozdělila typy citové vazby (Černá, 2023).

Jak tedy vypadá bezpečné citové pouto a jeho připoutání se? Zejména bezpečné citové pouto je základ vývoje. Během prvního půl roku života dítěte dochází ke zrodu attachmentu, nejdříve dítě začíná odlišovat osoby a na své nejbližší příbuzné reaguje úsměvem a mimikou. Toto období přichází zhruba od 12. týdne života dítěte. V rámci dalšího vývoje dítěte je pro attachment těžší období od šestého měsíce věku do dvou let, toto období je označováno jako **fáze vyhraněného attachmentu.** Dítě je na matce zcela odkázané, oddělení (separace) od matky je pro dítě velmi obtížná, projevuje se pláčem a zoufalstvím – v dítěti vyvolává protest. Doba mezi druhým a třetím rokem je pro dítě **obdobím osamostatňování se od matky,** snižuje se závislost na ní a dítě usiluje o čím dál větší nezávislost. Díky tomu,

že se dítě chce osamostatnit, je schopno nastoupit ve třech letech do mateřské školy, i když je pro něj odloučení ze začátku náročné. V mateřské školce jsou však vrstevníci dítěte, díky tomu si tvoří nové kontakty, postupně se zajímá o nové věci v novém prostředí, dá se tedy říct, že rozšiřuje „svůj svět“. Současně si dítě uvědomuje, že to, že matka na čas odchází pryč, neznamená, že odchází navždy. Je schopno si v hlavě představit maminku, o které ví, že ho má ráda a myslí na něj i když s ním teď není.

V situaci, kdy se podaří vytvořit bezpečnou (jistou) vazbu, potřeby dítěte jsou naplňovány díky tomu, že jsou na sebe s matkou „naladěni“, dále mezi nimi vzniká důvěra, dítě ví, že do „svého“ dospělého může vložit veškerou důvěru, díky němu má možnost se učit a zlepšovat se ve zdravé míře.

V případě ohrožení, se dítě obrací na dospělou osobu. Náruč dospělého mu přináší uklidnění a nechává se ukonejšit. Bezpečná (jistá) vazba také znamená vysokou sebeúctu – dítě je připravené se začít osamostatňovat (Černá, 2023).

Dle Mansona ,2017: “ *psychologové definují čtyři typy citových vazeb: bezpečnou, úzkostnou, vyhýbavou a úzkostně – vyhýbavou:*

- *Bezpečná vazba – Jedincům s bezpečnou citovou vazbou nedělá problém projevit zájem a náklonnost. Zároveň se cítí pohodlně, i když zrovna nemají partnera. Dobře zvládají různé vztahové peripetie, umí vztahům přiřadit odpovídající prioritu, ale zároveň si vytyčit a dodržovat jasné hranice. Jedinci, u nichž se vyvinula bezpečná citová vazba, jsou samozřejmě těmi nejlepšími partnery, příbuznými a kamarády. Umí přijmout bolestivá odmítnutí, být loajální a v případě potřeby se obětovat. Důvěřují svým blízkým a sami působí důvěryhodně. Z provedených výzkumů vyplývá, že do této kategorie spadá více než polovina populace. Bezpečná citová vazba vzniká u dětí, které pociťují dostatek lásky a náklonnosti a jejichž potřeby jsou pravidelně naplňovány.*
- *Úzkostná vazba – Pro mnoho jedinců, u nichž se vyvinul tento typ citové vazby, bývají vztahy zdrojem stresu a napětí. Od svých partnerů vyžadují neustálé potvrzování a projevy náklonnosti. Když jsou sami, bez partnera, necítí se dobře. Nezřídka končí v nezdavných až toxických vztazích. Dělá jim problém důvěřovat ostatním, dokonce i lidem z nejbližšího okolí. Mohou se chovat iracionálně, nepředvídatelně a emocionálně. Mnohdy si stěžují na chladnost a bezcitnost příslušníků opačného pohlaví. Klasickým příkladem budiž dívka, která vám zavolá padesátkrát za noc a diví se, že jí nezavoláte zpátky. Případně partner, který svou přítelkyni sleduje až do práce, aby se ujistil, že neflirtuje s kolegy. Tento typ citové vazby se častěji vyskytuje u žen než u mužů. Vzniká u dětí, jejichž potřeby jsou naplňovány jen do určité míry a nepředvídatelně.*

- *Vyhýbavá vazba – Do této kategorie patří neobyčejně nezávislí a na sebe orientovaní jedinci, kteří mívají problém s intimitou. Jejich fobie ze závazků všeho druhu z nich postupem času udělala experty na to, jak se vyhnout každé situaci zavánějící intimitou. Když se jim druzí snaží přiblížit, často si stěžují na nedostatek osobního prostoru – říkají, že se ve vztahu „dusí“. V každém vztahu mají plán, jak ho v případě potřeby opustit. Mnozí z nich si život uzpůsobují tak, aby se vyhnuli závazkům a přemíře intimity. Sem patří kolega, co pracuje 80 hodin týdně a stěžuje si, že se sním přítelkyně chce vidat více než jednou týdně, nebo kamarádka, která už vystřídala nespočet partnerů. Jakmile ji však začnou unavovat, řekne jim, že „nehledá nic vážného“, a pošle je k vodě. Je mnohem pravděpodobnější, že narazíte na citově vyhýbavého muže než na citově vyhýbavou ženu. Vyhýbavá strategie se rozvíjí u dětí, u nichž jsou plněny jen některé z potřeb, zatímco zbytek je zanedbáván. Příkladem budiž dítě, které je pravidelně krmeno, ale matka je dostatečně často nechová*
- *Úzkostně-vyhýbavá vazba – Úzkostně – vyhýbavý typ spojuje to nejhorší z předešlých dvou vazeb. Tito jedinci nejenže mají strach z intimity a závazků, ale jsou vůči ostatním nedůvěřiví a brání se všem pokusům o sblížení. Úzkostně – vyhýbavé typy velice často žijí bez partnera, cítí se mizerně nebo vstupují do nefunkčních vztahů. Studie ovšem ukazují, že do této kategorie patří jen malé procento populace. Obvykle je o lidi potýkající se s řadou emocionálních problémů, které prostupují do mnoha oblastí jejich života. Tato citová vazba vzniká u zneužívaných nebo hrubě zanedbávaných dětí ,,*

John Bowlby měl spolupracovnici, Mary Ainsworthovou, jejíž výzkumy byly velkým přínosem v teorii attachmentu. Pomocí svých výzkumů vytvořila experimentální diagnostické metody, které přispívaly k hodnocení stylu rodičovské péče a vytvoření typu attachmentu dítěte (Jiráková, 2015).

Díky této metodě Mary Ainsworthová dospěla k definici dvou typů attachmentu.

Jistý attachment se projevuje bezpečným emočním poutem k matce jedince. V případě stresové situace děti po své matce pátrají a hledají ji, s vědomím, že pro ně matka bude vždy přítomna. Děti jsou vždy zvyklé na to, že matčina uklidňující náruč je nablízku, v případě matčiny nepřítomnosti jsou neklidné, při matčině návratu se s ní vítají a zdraví. Tento typ attachmentu lze také vyjádřit tím, že jsou rodiče neustále nablízku a dostupní, s pečující osobou lze navázat kontakt a sdělovat jim své požadavky. Rodič je schopný dětské potřeby posoudit a naplnit je. Tímto způsobem interakce dítě x rodič se vytváří bezpečná citová vazba. Ve všedním obyvatelstvu najdeme 55-65 % dětí s takto

vytvořenou vazbou (Jiráková, 2015).

Nejistý attachment se dělí do více typů a to:

- **Rozporuplný, úzkostný typ** – při tomto typu se dítě špatně srovnává s odchodem ale i příchodem své matky. Nepřijímá situaci, kdy se ho matka snaží například uklidnit, projevuje se tím, že klade odpor, přitom chce, aby se matka vrátila zpět. Dítě se jeví jako úzkostné, je na matce příliš závislé a ustavičně požaduje matčinu všímavost a péči. V okamžiku její pozornosti však přichází negativní reakce, jako agrese a vzteklost vůči matce, nenechají se utiřit. Dítě je zmatené a chová se rozporuplně. **Rodiče těchto dětí se vyznačují tím, že svému dítěti neposkytují svou péči soudržně, dítě samo neví, kdy pro něj rodič bude přítomen a kdy ne. Zároveň rodiče upřednostňují své potřeby a pocity, před potřebami svých dětí, kterým to dávají jasně najevo.** Při tomto typu chování a jednání s dítětem vzniká rozporuplný typ citového pouta. Dítě ve své podstatě neví a netuší, kdy mu rodič bude k dispozici, a hlavně zda bude přímo „ted' a tady“. V tradiční společnosti najdeme takovýchto dětí kolem 5-15 %.
- **Vyhýbavý typ** – dítě spadající pod tento typ se jeví jako nezávislé, snadno navazující kontakty, a hlavně sebevědomý jedinec. Je zvyklé si hrát s cizí, neznámou osobou, v případě matčina odchodu prožívá neklid, ale vzápětí je schopné nechat se ukonejšit od jiné cizí osoby, pár chvil na to, je schopno si opět samostatně hrát. V době přítomnosti matky, dítě se k ní plazí, nevyhledává u ní však oční kontakt, nemá potřebu se u matky nechat pochovat. Na rozdíl od dítěte, které je bezpečně připoutané k své matce dítě, v tomto typu připoutání se má na matku neustálé nároky, je na ni až nezdravě „nalepeno“ a často bývá vůči matce agresivní. Při odchodu matky je dítě rozrušené a matku hledá, při jejím návratu ji však nevíta. **Děti, u kterých se vyskytuje tento typ attachmentu mívají rodiče, kteří jsou tzv. „citově nepřítomní“.** Potřeby a nároky dítěte nevnímají, postrádají jakýkoli cit vůči dítěti, který se může projevovat i odporem. Dítě si postupně zvyká na toto chování a časem rodiče ani nevyhledává. V klasické populaci najdeme okolo 30 % takovýchto dětí.
- **Dezorganizovaný typ (D-D)** - tento typ objasnili odborníci na raný vývoj M. Mainová aj. Salomon, jedná se o typ nejistého attachmentu. Děti se při příchodu matky do místnosti otáčejí dokola, mají potřebu pohybovat se směrem k matce a vzápětí zpět od ní, projevuje se u nich chaotické chování. **Pokud je rodič přítomný v místnosti v dětech to vzbuzuje jakýsi poplach, čekají špatné reakce bez ohledu na to, jak se rodič vyjadřuje a chová.** Jde zhruba o 20 % dětí, ve skupině zanedbávaných či týraných dětí jde však o 80 % dětí. Takovéto děti nejsou schopni správně použít souvislé chování, nejsou schopny zvládat citové reakce.

- **Žádný attachment** – do této skupiny patří děti opuštěné svou pečující osobou/osobami v prvních měsících života, zároveň v prvních třech letech života pobývaly v ústavním prostředí. Dítě nemá přehled, ke komu se bezpečně připoutat, poutá se tedy nahodile k pečujícím lidem. Při postupném dospívání dítěte a jeho růstu je diagnostikována citová plachost, později lze diagnostikovat také disharmonický rozvoj osobnosti, poruchy empatie či tvorbu sociálních vztahů. Tento typ má předpoklady pro rozvoj asociální osobnosti.
- **Reaktivní attachment** – mezi základní projevy tohoto typu attachmentu můžeme zařadit projevy výrazně narušených citových a sociálních vztahů, které neodpovídají věku dítěte. Jde o velmi vážně narušené emoční pouto. Dítě není schopno navázat kontakt, na druhé reaguje nepřiměřeně situaci, či naopak se u dítěte vytváří až nezdravá náklonnost, kdy je dítě velmi důvěřivé k cizím lidem, chová se k nim jako k vlastním a osobám blízkým. Tento typ attachmentu vzniká díky narušení rozvoje emočního pouta mezi rodičem/ pečovatelem a dítětem. Do těchto případů lze zařadit prostředí, kde dítě je/ bylo týráno, zanedbáváno, násilně separováno od matky, jeho pečovatelé se střídali v rychlých frekvencích, dále sem můžeme zařadit například nedostatečnou pozornost od pečující osoby ale také nedostatečnou komunikaci v době od narození dítěte do 3-5 let (Jiráková, 2015).

2.3.1 Poruchy attachmentu

Poruchu připoutání se provází nespočet symptomů. U malých dětí se nejvíce vyskytují tyto symptomy:

- V případě, kdy pečující osoba vezme plačící dítě do náruče, dítě není schopno se uklidnit ani v tomto okamžiku;
- Opakem je situace kdy dítě neprojevuje emoce a na podněty či interakce nereaguje, ve chvílích, kdy si ublíží nehledá útěchu ani bezpečí (např. když upadne);
- Dítě se cítí samostatné, proto v problémové situaci buďto ignoruje nebo je řeší samo;
- Ve většině případech dítě ztuhne během fyzického kontaktu, doteky neopětuje a je k nim lhostejné, působí, že hlazení ani nevnímá;
- U jedince s poruchou attachmentu se nenachází pochopení pro empatii, v některých případech ji postrádá úplně a v určitých situacích neví, jak reagovat (Černá, 2023).

Dítě, které má poruchu attachmentu, o sobě neustále pochybuje, vyvolává sám v sobě pocit, že nikam nepatří, nic neumí a nezaslouží si být milováno. Tento postoj k životu je podobný životnímu postoji kriminálního. Může být manipulativní, prožívá chvíle smutku a stavy

deprese, bezdůvodně krade či u něj propukají záchvaty vzteku (Jiráková, 2015).

Diagnostikovat citovou poruchu není vůbec snadné. Problematika attachmentu se pojí k dětem, které část svého života strávily či stále vyrůstají a tráví svoji životní etapu buď v ústavním zařízení či pěstounské či adopční péči. **Je tedy zřejmé, že s problematikou poruch attachmentu se potýkají pečující osoby (rodiče) adoptovaných dětí nebo pěstouni. Proto je stěžejní správně diagnostikovat potíže u dítěte, jelikož nevhodná diagnostika se výrazně projeví v následujícím vývoji i životě dítěte.** V dalších případech nesprávná diagnostika vede k nesprávné léčbě dítěte. Při určování diagnostiky je stěžejní minulost nejen dítěte ale také jeho rodičů především matky. Úspěšné navázání bezpečného emočního pouta mezi matkou a dítětem se také odráží na tom jak v minulosti pečující osoba, v tomto případě matka byla schopna se připoutat k blízké osobě. Pokud si sama pečující osoba (matka či otec) z minulosti nese jakékoli trauma, je zde velmi silný předpoklad pro vytvoření nezdravého připoutání si dítěte k sobě, v tomto případě lze dojít k zmatenému/ nevhodnému či nezdravému připoutání se. Při určování typu attachmentu u dítěte či dospělých slouží diagnostické nástroje. Lze rozpoznat typ attachmentu pomocí **Strange Situation Testu** či **Attachment Adult Interview**, tento test pracuje s tím, že bere v potaz typ vazby rodičů dítěte, a od tohoto typu předpokládá možný typ vazby dítěte (Černá, 2023).

Další z diagnostických nástrojů lze použít **Attachment Style Interview**, který bere v potaz současné vztahy jedince nebo další nástroj, a to **Story Stem Assessment Profile**, jež je založený na historkách, příhodách vyprávěných dítětem.

Lze tedy předpokládat, že všechny diagnostické nástroje pokládají za důležité to, že jaký má dospělý jedinec vztah k blízkým lidem, takový vztah bude mít ke svému potomkovi či k dítěti adoptovanému nebo dítěti, které má v pěstounské péči. Je tedy zřejmé, že bezpečně utvořené emoční pouto v brzkém dětství ovlivňuje celý život člověka. Dá se tedy předpokládat, že bez pocitu bezpečí a stálosti rodiny, **dítě není možné léčit s poruchami citové vazby.** Během léčení poruchy připoutání se je třeba podpora ze strany profesionálů, ale i ze strany svých blízkých, podporu vyžaduje nejen dítě ale i rodič. Proces, kterým dítě i celá rodina prochází se jeví jako zdlouhavý a nekonečný, není možné očekávat výsledky hned. Výsledky se často objevují po určitém čase a přichází v malých pokrocích. Rodina, ve které dítě nově vyrůstá by proto měla možnost poskytnout dítěti **pocit přijetí**, díky tomu si dítě pěstuje a vytváří svou sebeúctu. Jak rodina, tak dítě si postupně zvykají jeden na druhého, pro dítě je obtížné si zvykat na nové návyky a rituály, které v nové rodině existují. Nová rodina mu tedy dopřává

čas, si tyto nároky a rituály osvojit, je důležité, aby dítě cítilo, že nová rodina je mu kdykoli **k dispozici**. Pro dítě je nové také to, že se v rodině najednou mluví o pocitech a emocích (nejenom jeho ale i dalších členů), je důležité, aby si nejdříve osvojilo emoce a pocity. K tomuto je nezbytný **citlivý přístup k dítěti**, který dítě potřebuje vnímat. Je nezbytné, aby náhradní rodiče měli veškeré informace o minulosti dítěte. Dítě si z minulého života přináší pocit viny, tento pocit by měli noví rodiče pomalými kroky odstraňovat, snažit se ho minimalizovat, dítěti vštěpovat, že to, jaký byl jeho život v minulosti není jeho chybou či na tom není vinen. Při léčbě poruch attachmentu je vhodný typ dyadické vývojové psychoterapie, spočívá v tom, že terapeut pracuje s dítětem a jeho rodičem, proces terapie probíhá přijetím dítěte spolu s rodičem. Další terapií je terapie zvaná Pesso Boyden System Psychomotor, probíhá tím způsobem, že dítě společně s rodiči prožívá situace, kdy přichází naplnění potřeb, které v minulosti byly odsunuty a upozaděny a nebyly dostatečně nasyceny (Černá, 2023).

3 SOCIÁLNĚ OHROŽENÉ DÍTĚ A TRAUMATIZOVANÉ DÍTĚ

3.1 Definice ohroženého a traumatizovaného dítěte

Právní ochrana ohroženého dítěte je v institucionálním podání celkem novou záležitostí. Z historického hlediska děti nebyly považovány za subjekt, který má na něco právo, ve většině případech o nich rozhodovali jejich rodiče, především otcové. První spolky, ve většině případech dobročinné začaly vznikat na konci 19. století, dávaly důraz na pomoc konkrétním dětem, až v pozdějších letech se začaly formovat či byly nahrazeny oficiálními institucemi, které obsahovaly i oblasti trestného, rodinného či sociálního práva. Právní ochrana dětí v těchto počátcích byla spojena s úkazy, které považujeme zejména v naší společnosti za bezvýznamné. Jednalo se o práva osiřelých dětí a zabezpečení jejich bezpečí, ochranu majetku nemanželských dětí, dále sem patřila regulace práce dětí (Pemová, Ptáček, 2016, s. 27).

Definice ohroženého dítěte spočívá v brání zřetele nejenom na fyzickou stránku jedince, ale i na zhoršené postavení v sociálním či zdravotním sektoru, lze sem zařadit také nerovné postavení v právním odvětví. Jako příklad lze dát děti ilegální přistěhovalců, které jsou znevýhodněny nejenom ve zdravotnickém či školském sektoru, mohou být ohroženy z důvodu zvláštních vzdělávacích potřeb ve školském prostředí (Pemová, Ptáček, 2016, s. 30).

Britský zákon na ochranu dětí zachází s pojmem „*child in need*“, v překladu řečeno „**dítě v nouzi**“, tedy dítě, které:

- Z důvodu absence pečující osoby (authority) nemá možnost mít naplněny všechny potřeby v ohledu zdravého vývoje a péče.
- Jehož zdraví či vývoj je značně ohrožen, či mohou být značně ohroženy z důvodu absence pečující osoby (Pemová, Ptáček, 2016, s. 30).

Dítě má jako všechny lidské bytosti základní potřeby. Jak již bylo zmíněno, naplnění těchto nejzákladnějších potřeb má zásadní roli v období dospívání a psychického či sociálního vývoje. Základní lidské potřeby jsou vázány na to, v jakém prostředí, jedinec žije, dále to závisí na jedincově věku, zdravotním stavu či pohlaví. Abraham Maslow popsal tyto potřeby v **pyramidě potřeb**. Na nejnížší příčce pyramidy jsou **fyziologické potřeby** (potřeba jíst či pít), příčku nad tím se nachází **potřeba bezpečí** (jedinec má potřebu být v jistém prostředí), v polovině pyramidy se vyskytuje **potřeba lásky a sounáležitosti**, následuje **potřeba uznání**

a sebejistoty. Další potřeby, tedy ty ve vyšší části pyramidy je **potřeba seberealizace**, jako nejvyšší potřeba jsou uváděny **vyšší potřeby** (Jiráková, 2015).

Nejen, že máme tyto základní lidské potřeby, ale do života se promítají také **potřeby psychické**. Tyto potřeby dětem zaručují možnost se klasicky rozvíjet v oblastech emocí, chování, vůle, rozumových schopností, vzájemných vazeb s okolním prostředím. Dále psychické potřeby zajišťují, že jedinec chápe sebe sama ale i ostatních společenské hodnoty, rozumí prostředí, kterého je součástí. Mezi základní psychické potřeby patří:

- **Potřeba dostatečného množství podnětů** – podněcování v konkrétní době, podporované v dostatečné kvalitě a množství
- **Potřeba vědomí vlastního „já“** - jedinec má potřebu si uvědomit svou vlastní existenci a její hodnotu. Tato potřeba se utváří a odhaluje kolem druhého až třetího roku, dítě má svou představu o sobě samém, na tom, jak ho druzí přijímají, jak ho ostatní hodnotí, zda ho dokáží ocenit či odmítnout. Důležité jsou zde osoby nejbližší. Zkušenosti, které získávají dále usměrňují jeho totožnost, to, jakým způsobem vnímá své okolní společenské vztahy a to zejména v pozdějším vývoji v životě.
- **Potřeba smysluplnosti světa** – dítě pomocí vnímání dostatečného množství podnětů vytváří své zkušenosti a prožitky, podněty přijímá a zpracovává zkušenosti, je k tomu nezbytný určitý řád a smysl.
- **Potřeba jistoty** – jedinec potřebuje cítit důvěru vůči pečující osobě. Dítě díky zkušenostem, které postupně sbírá dokáže předpokládat jakým způsobem bude rodič/ pečující osoba reagovat na různé situace. Je však dokázáno, že v případě matek se dítě setkává s výbušnou reakcí, kterou nelze předvídat – lze pojmenovat jako „syndrom přetékaného poháru“. Do této potřeby lze zahrnout také nutnost mít jasná pravidla, při přijímání trestů či odměn. Dítě lépe přijme příjemnou jistotu než příjemnou nejistotu.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – lze také pojmout jako jasnost životní perspektivy. Potřeba je určena pouze člověku, jde o potřebu mít motivaci a být aktivní. Opakem je uzavřená budoucnost tedy stav, kdy vnímáme zoufalství, apatii a beznaděj. Tuto potřebu nejvíce vnímáme v mladším dospívání, k vrcholu se dostává během období reprodukce, naopak ve stáří se značně krátí (Jiráková, 2015).

V případě, kdy dítě dlouhodobě není uspokojováno ve vlastních psychických potřebách, vzniká takzvaná **psychická deprivace**. Deprivace vyvolává apatické chování, reakce, které můžeme označit za asociální či nechut' a odmítání přizpůsobení se jakémukoli řádu (Jiráková, 2015).

Je běžné, že dítě jako jedinec potřebuje pro průběh zdravého vývoje emoční vnímavost a lásku. Pokud jsou naplňovány tyto základní potřeby společně s přísunem sympatií a emoční podporou, dítě si tím vynahrazuje ostatní potřeby jako to, že nemá dostatečnou výchovu a dostatek například hraček, patří sem i nedostatečné vzdělání (Matějček, 2021, s. 23).

Jako další potřeby, které by mělo mít dítě uspokojené ke zdravému vývoji jsou potřeby sociální. Svým způsobem jsou podobné potřebám psychickým, hraje zde však velký podíl socializační proces. Mezi sociální potřeby lze zahrnout potřebu zajištění svého prostoru (bydlení), potřebu jídla, ošacení a obuvi, dále potřebu lásky a přijetí, potřebu přijetí dítěte a identifikace s ním v neposlední řadě potřebu podpory v oblasti rozvoje dítěte (Jiráková, 2015).

3.2 Trauma u dítěte

Psychické trauma lze vymezit jako zážitek mezní ohrožení spojené se silným strachem, se kterým se dané dítě či dospělý nedokáže na určitou dobu vyrovnat. Tento prožitek poté ovlivňuje postoje a chování, a to na krátkou dobu ale i na dobu delší (Matoušek, 2020, s. 13).

Dle Matouška, 2020, s. 13: „vznik *psychického traumatu* souvisí s aktivací tzv. **systemu přežití** (*survival systém*), viz *Le Doux* (2002). Jiní autoři mluví o **kruzích přežití** (*survival circuits*), viz *Saxe et. al* (2007). Tyto okruhy fungují jak v nervové soustavě mnoha zvířecích druhů, tak v nervové soustavě lidské. V mozku existují návazně pracující systémy, které řídí reakce zvířete nebo člověka na bezprostřední hrozbu. Základními prvky v nich jsou vývojově staré části mozku, výše zmíněný „plazí mozek“ čili amygdala a talamus. Tyto mozkové struktury po zaznamenání hrozby spouštějí prostřednictvím příslušných hormonů rychlou reakci, a tak jedinci zajišťují přežití. Základními typy reakcí na bezprostřední hrozbu jsou v chování celého organismu **útok, útek nebo tzv. zamrznutí**“.

Existují **různé vrozené dispozice**, kterými jedinec reaguje na hrozící nebezpečí, tyto dispozice mají také na schopnost mírnit instinktivní reakce. Zásadní, traumatická zkušenost se „probouzí“ při spuštění traumatu určitým podnětem. V případě, kdy přichází podnět připomínající nezpracovanou traumatickou situaci, může následovat reflexivní intenzivní reakce. V situaci, kdy je lidský mozek opakovaně aktivován traumatickými zkušenostmi, prolínají se do paměti jen ty vzpomínky, které vyvolávají pocit ohrožení. Parietální oblast mozkové kůry je částí mozku, které mohou opakované traumatické události výrazně ovlivnit. V této části mozku vyhodnocujeme to, jak vysoká je daná příležitost či naopak rizika.

Trauma, které je ohodnoceno jako nezpracované, může navodit pocit nebezpečí či ohrožení i v situaci, kde jedinci žádné nebezpečí nehrozí. Jedinec tedy poté volí cestu buď to, že jasná rizika přehlídí a následně se dostává do reálného nebezpečí či se vymlouvá ze svých aktivit, vyhýbá se jim (Matoušek, 2020, s. 14-15).

Děti jsou jako jedinci mnohem náchylnější na traumatizaci než dospělí jedinci. Vzhledem k tomu, že jsou děti delší dobu závislejší a odkázanější na dospělé, na rozdíl od dospělých jedinců. Další roli hraje u traumatizace dětí také nestabilita rodiny. Mezi důvody nestability rodiny je možné zařadit například to, že dítě během svého vývoje a dospívání mají v roli pečující osoby více dospělých osob, dále jsou zatěžovány při rozvodu svých rodičů. Tyto důvody jsou obvyklé zejména v naší společnosti, v jiných společnostech jsou děti konfrontovány například probíhající válkou, hladomorem či epidemiemi nemocí. Dítě vnímá jako trauma nespočet událostí, lze sem zařadit přírodní katastrofu, autonehodu, válku nebo vážnou nemoc, s dlouhodobým trváním a bolestivými zákroky. Dětské trauma nemusí mít podnět přímo u dítěte, může také jít o vážnou nemoc pečující osoby, psychické problémy probíhající u pečující osoby (schizofrenie či deprese), pečující trvale závislý na návykových látkách, vyšší mentální deficit u pečující osoby, náhlé zmizení u pečující osoby. Dále může jít o konflikt mezi pečujícími osobami, který dítě vnímá, v neposlední řadě nevhodné chování pečujících osob vůči dítěti. Pro dítě je vysoce traumatogenní jeho týrání a zneužívání. Pokud jde o fyzické týrání, pro dítě je naprosto nesrozumitelné a nepochopitelné, pokud fyzický trest přichází nenadále a v nezasloužené chvíli. Psychické týrání obsahuje nespočet situací, které sem můžeme zahrnout a to – pokud je dítěti nevhodně vyhrožováno (například tím, že ho vyhostí z domu), nesmyslné úkoly a trvání na splnění úkolu (i když to nemusí být v silách dítěte), izolování dítěte od společnosti (zbytku rodiny), odpírání podpory při viditelné potřebě dítěte. Mezi zanedbávání dítěte lze zahrnout také zanedbávání základních potřeb dítěte (jídla, pití, kontakt), a lze toto jednání popsat také jako traumatizaci (Matoušek, 2020, s. 15-16).

Pokud se snažíme o zhodnocení míry traumatizace, nelze k tomu využít paměťové stopy traumatu. Co se týče paměti a traumatu, lze rozlišit dva typy paměti. Jedná se o paměť explicitní a implicitní. Implicitní paměť obsahuje vzpomínky a zkušenosti ve vývojově starších oblastech mozku. V této oblasti zvané limbický systém jsou také uloženy traumatické vzpomínky z dětství, které si jedinec v pozdějším období těžko vybavuje. Pokud k tomu přesto dojde, při těchto vzpomínkách neprožívá jakoukoli emoci. Explicitní paměť naopak zahrnuje vědomé vzpomínky na určité osoby, okamžiky či místa. Tento typ paměti se naplňuje především v pozdějším období lidského dospívání. Přesto není explicitní paměť

příliš spolehlivá, zejména u malých dětí totiž dochází k ovlivňování paměti druhými osobami, může se tedy stát, že si dítě osobu, která se k němu v minulosti nechovala dobře idealizuje. Jde o typ psychické obrany, dítě vytěsňuje traumatický zážitek. Explicitní paměť také zahrnuje schopnost nepříjemné vzpomínky jedince vymazat či je transformovat do podoby, kdy nezraňují (Matoušek, 2020, s. 17).

3.2.1 Druhy nevhodného zacházení pečujících osob s dětmi

V životě se setkáváme s několika obtížemi, často také s obtížemi v roli rodiče. Tato role však není snadná, navíc být dobrý rodič není snadný úkol. Výuka, jak reagovat v určitých situacích vůči svému potomkovi neexistuje, dá se tedy říct, že každý rodič se učí takzvaně „za pochodu“ - podle toho, jak jeho potomek roste. Často se tedy stane, že ne každá reakce je žádoucí a správná, situace, kdy se na dítě rozčilujeme či na něj křičíme je společensky nežádoucí (Ježková, 2023).

Dítě od svých rodičů přejímá návyky a životní postoje, snaží se napodobit jejich reakce a chování, učí se díky nim mnoho věcem. Ne nadarmo se tedy říká, že rodiče jsou pro dítě jako zrcadlo, dítě nejdříve přejímá odraz od rodiče, který mu svět v podstatě zrcadlí. Je tedy jasné, že pokud si rodič nese ze svého dětství určitý výchovný postup, poté si ho přenáší do svého rodičovství. S tímto postupem přitom rodič nemusí souhlasit, často si však neuvědomuje, že jej kopíruje, nadále tak přetrvávají zažitá stereotypy, které se v rodině po generaci předávají. V protějším případě se stane, že si rodič uvědomí, že své dítě nechce vychovávat tak jak to zažil on sám (Ježková, 2023).

Matoušek (2020, s. 143) uvádí, že: „*Výraz nevhodné zacházení s dítětem používáme jako český ekvivalent anglického výrazu **maltreatment**, spojeného v anglofonním prostředí s termínem **CAN syndrome (child abuse and neglect syndrome)**. Stručně řečeno jde o neposkytování nutné péče nebo o úmyslné ubližování dítěti, a to zpravidla jeho rodiči či osobami, které mají dítě v péči. Takové zacházení dítě vážně poškozuje, popř. ohrožuje na životě.*“

Syndrom CAN zahrnuje především případy týrání, zanedbávání a zneužívání dětí, prováděné buď rodičem či pečující osobou, dále to může být i vychovatel. Toto jednání bývá často vědomé (v určitých situacích i nevědomé), chování se dá předcházet a bývá nahodilé. Dále je toto jednání s dítětem odsuzované ve společnosti, poškozuje psychický i společenský stav dítěte, v neposlední řadě může být ohrožující na životě. Za sexuální zneužívání, považováno

těž jako součást **syndromu CAN (používá se spíše termín CSA)** se považuje jakékoli nemístné chování sloužící k uspokojení sexuálních potřeb zneužívající osoby, jakékoli vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu nebo činností. Jako zneužívající osoba může být považován kdokoli, komu bylo dítě svěřeno do péče – vedoucí různých kroužků, širší rodina, učitelé ale i úplně cizí osoba. Dítě je často zneužíváno osobou, kterou zná. Bití a zneužívání dítěte se nejčastěji děje v rodinách. Psychika dítěte se s tím musí vyrovnat. Dá se říci, že k bití dítěte dochází v rodině při řešení konfliktů (Matoušek, 2020, s. 21-22).

Mezi příklady fyzického týrání můžeme zařadit ubližování, které přímo tělesně ubližuje dítěti. Dá se sem zařadit také fackování dítěte, bití rukou či předměty, opaření dítěte, svazování a přivazování dítěte k něčemu, odpírání jídla či pití, zavírání do izolovaných místností (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 143).

Psychické týrání lze rozlišit jako týrání psychické a citové (emocionální). Špatné psychické zacházení s dítětem je další termín, který se využívá, uvádí, že na rozdíl od týrání je chování záměrné, tak chování nezáměrné. To, že své dítě psychicky týrají si rodiče mnohdy ani neuvědomují (dítě totiž nedává najevo jakékoli stopy), je však velmi silně ovlivněn jeho duševní rozvoj a dále se psychické týrání může promítnout do dospělého života dítěte. Velkou roli zde hraje to, jaké dítě je – jak je temperamentní, jeho osobnostní předpoklady či jeho psychická odolnost. Mezi nejčastější projevy psychického násilí patří ústrky, ponižování, časté nadávky na dítě (zesměšňování dítěte, stále trestání a vystavování se kritice), vyhrožování, cílené vyvolávání strachu u dítěte, odpírání citové odezvy, ignorování dítěte. Dále sem lze zařadit i neadekvátní obviňování dítěte (rodiče se na potomka neumí dívat jinak než negativně), vydírání či manipulace s dítětem nebo izolování dítěte od okolního prostředí a společnosti (Ježková, 2023).

Munchhausenův syndrom v zastoupení bývá označován jako stav, kdy pečující osoba (ve větším zastoupení to bývají matky) úmyslně vyvolává u dítěte zdravotní obtíže.

Emoční zanedbávání lze klasifikovat jako nezpůsobilost pečující osoby dítěti poskytnout psychologickou podporu nezbytně potřebnou pro dětský psychický rozvoj. Dle několika výzkumných studií je důležitý bezpečný a milující vztah mezi dítětem a dospělým pro zdravý fyzický i emocionální vývoj dítěte. Děti, které jsou emocionálně zanedbávané velmi často trpí syndromem marnosti a apatie. V dospělém věku, až se tyto emocionálně zanedbávané děti stanou sami rodiči, hrozí, že sami budou své děti zanedbávat (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 144).

Systémové týrání lze také považovat za formu syndromu CAN. Tato forma spočítá v tom, že týrání je způsobováno zřízením, které je primárně určeno pro ochranu a pomoc dětí a rodin. Velmi závažné to bývá u institucí, kde se řeší problém dítěte a jeho rodiny spontánním odebráním dítěte z rodiny, přestože jim nebyla poskytnuta odborná pomoc či podpora, příkladem může být sanace rodiny. V těchto případech není brán hlavní zřetel na nejlepší zájem dítěte. Jako další případy sem patří případy, kdy dítě pobývá v denních zařízeních, ve školách či podobně a není mu zde dostatečně poskytována péče. Patří sem také nedostatečná péče v dysfunkčních nebo problémových rodinách. V dalším případě sem patří postihy či traumata způsobované například policejním či soudním systémem, jako příklad se uvádí opakování výsledků či porovnání se s rodiči (Presslerová, 2023).

Sekundární viktimizace se dá popsat jako vystavování jedince (dítěte) a jeho zraňování, vystavování velké psychické zátěži v průběhu vyšetřování. Sekundární viktimizace probíhá tak, že je po dítěti vymáhána opakovaná odpověď, čímž se stává obětí vyšetřování (mimo to, že je obětí trestného činu). Patří sem také necitlivě prováděný výslech či vedení rozhovoru (Presslerová, 2023).

3.2.2 Rizikové faktory na straně rodičů

Matoušek, 2020 uvádí, že: „*Násilné chování nemá u všech násilně se chovajících osob stejnou motivaci a také není spojeno se stejnou osobnostní strukturou násilníka. Podtypy násilně se chovajících osob lze minimálně rozlišit na:*

- *Disociální osobnosti s vysokou pohotovostí k agresivitě v jakékoli situaci,*
- *Osobnosti s dysforickou dispozicí nebo hraniční osobnosti, které mají horší kontrolu emocí,*
- *Osobnosti reagující násilně jen na rodinnou situaci (Matoušek, 2020, s. 31)“.*

Výrazný rizikový faktor, zanedbávání dítěte je, když rodič péči o svého potomka **výrazně podceňuje a zapomíná** o něj pečovat, nedbá na jeho **potřeby**. Obvyklé je, že rodič zapomíná zejména na potřeby základní, tedy potřebu lásky, bezpečí a přijetí ale také na potřebu zdravé výživy. Vzhledem k tomuto zanedbávání dochází k ohrožení života dítěte a jeho zdravému vývoji. Na rozdíl od týrání a zneužívání je však zanedbávání péče o dítě nejméně viditelné. Mezi příčiny zanedbávání péče lze zařadit neznalost pečující osoby, neví, jaké potřeby dítě má. Tato situace může vznikat poté, co sám rodič pochází z prostředí, kde bylo v minulosti také zanedbáváno, dále jsou situace, kdy se rodič o dítě nemůže v současné chvíli starat lépe

(prochází finanční krizí) či se o dítě lépe starat nechtějí jde o nechtěné, neočekávané dítě (Vaničková, 2023).

Míra a formy zanedbávání jsou rozmanité. Lze sem zařadit například zanedbávání co se týče oblékání a obměňování ošacení, velmi špatné bytové podmínky – z toho plynoucí fyzické a výživové zanedbávání, nedostatečný dohled nad dítětem či opakované opouštění dítěte. Mezi formy zanedbávání lze zařadit také zanedbání zdravotní péče, nedostatečnou ochranu před rizikovým prostředím či nedostatek vzdělávacích a výživových potřeb.

Je tedy zřejmé, že zanedbávání dítěte se promítá do více odvětví života dítěte, díky čemuž lze považovat zanedbávané děti jako jedince, kteří mají výrazně zhoršený vstup do života a společnosti než děti ze zdravé rodiny (Vaničková, 2023).

Rodina působí pro dítě jako zásadní socializační činitel, rodinné prostředí je prvním prostředím dítěte, kde se vyvíjí a děj v tomto prostředí ho výrazně ovlivňuje. Jeho prvotní prostředí ovlivňuje a tvaruje také jeho budoucí osobnost. Lze zastávat ten pohled, že dítě je díky procesu socializace začleňován do celku rodiny. Rodina dítěti představuje vzorce chování, ukazuje dítěti adekvátní reakce na určité situace, dále mu ukazuje, jak využít získaných dovedností. Cílem socializace v rodině by tedy mělo být, aby dítě, později dospělý jedinec byl schopný porozumět společnosti, ve které žije a současně jí být přínosem (Šulová, 2019, s. 121-122).

3.3 Obranné a vyrovnávací strategie dítěte

Existuje několik prací, které dokládají, že trauma má na duševní i tělesné zdraví dětí dopad jak krátce po prožití traumatu, poté v průběhu dětství, stává se, že i v dospělosti a ve stáří člověk pociťuje následky traumatu. Nejčtenější následky prožitého traumatu mohou být opoždění vývoje řeči a opoždění vývoje intelektu dítěte, děsy, úzkosti či deprese. Další důsledky traumatu jsou poruchy mezilidských vztahů a nejrůznější psychosomatické potíže. U traumatizovaných osob je velmi často problematické a komplikované začlenit se do skupiny svých vrstevníků, těžko se osobám, které zažili trauma navazují partnerské vztahy, v neposlední řadě bývá problematický jejich pracovní výkon. Mezi dětmi/ dospívajícími (osobami), které trauma prožili se často vyskytuje vyšší konzumace alkoholu, jsou více náchylnější na opakované užívání návykových látek – ať už psychofarmaka či drogy. Jejich život bývá objektivně kratší a výrazně komplikovanější, mají sklony k surovému jednání jak k sobě samému, tak ke společnosti (Matoušek, 2020, s. 59).

Traumatická situace dostává jedince do situace, kdy dochází k rozhýbání se sil a zároveň dochází k potlačení bolesti. Čím více je situace beznadějná, tím více tělo pobízí své síly k přežití (Ruppert, 2008, s. 30).

Mezi automatické reakce na nebezpečí patří tři obranné strategie, nejčastěji zmiňované jsou útok, útěk a zamrznutí. To, jaká reakce je uplatněna nejvíce se u každého jedince liší dle jeho věku, zkušeností v situacích ale také dle toho, jak silná je hrozba nebezpečí (Pöethe, 2022, s. 228).

Obranné a vyrovnávací strategie jsou jakýmsi stupínkem (přechodem) mezi výše zmíněnými následky traumatu a traumatickou zkušeností dítěte. Tyto strategie slouží k vyrovnání se s dopadem traumatu. Hlavním zdrojem pomoci při boji s traumatem je podpora a pomoc od nejbližších osob oběti traumatu, další pomoci jsou právě obranné a vyrovnávací strategie, rozhodují o tom, jak velký dopad má trauma na další vývoj dítěte. Existuje nespočet obranných a vyrovnávacích strategií, každá má svou charakteristiku, závisí také na tom, jaké osobnosti a v jaké situaci se nachází daný jedinec. Dítě či dospělý má určitou dobu, po kterou potřebuje využívat danou obrannou nebo vyrovnávací strategii. Není výjimečné, pokud se z traumatu stane komplex, většinou bývá typické u traumatu dlouhodobého, odehraného v raném věku dítěte (Matoušek, 2020, s. 59)

3.3.1 Přehled obranných a vyrovnávacích strategií

Tento přehled obranných a vyrovnávacích strategií se týká traumat, které způsobili obětem traumatu jejich nejbližší lidé. Vyrovnávací strategie, které mají spíše aktivnější ráz více využívají starší děti, využívají je jednorázově. Je tedy zřejmé, že pasivní obranné strategie uplatňují spíše děti mladší, které trauma prožívají opakovaně (Matoušek, 2020, s. 60).

Dále jsou tyto obranné a vyrovnávací strategie stěžejní po traumatickém zážitku. Jde o podporu při mírnění následků traumatu a rozhodují, jak zdařilé bude vyhýbání se důsledkům traumatu. To, jak daná strategie působí na konkrétního jedince závisí na dané osobnosti a také situacích, kterými jedinec prochází. Důležitá je zde také podpora od nejbližších (Skoupá, 2023, s. 29).

Mezi obranné a vyrovnávací strategie tedy patří:

- **Zamrznutí** – je vnímáno jako nejstarší strategie z hlediska vývoje. Okolí toto chování popisuje jako stažení se dítěte do sebe, snaží se separovat od okolní společnosti, nemá

rádo změny, zvláště opuštění „svého“ prostoru. Dále dítě nemá potřebu navazovat nové kontakty, nemá potřebu podnikat nové aktivity. Je časté, že se tato reakce objeví při působení stresoru na dítě.

- **Popírání** – tuto reakci lze označit také jako posttraumatickou poruchu paměti. Dítě minimalizuje závažnost traumatu, popisuje situaci, která se odehrála jako například nešikovnost původce traumatu. Dítě traumatickou situaci odebírá z vědomí, má sklony bagatelizovat jak svoje reakce na situaci, tak chování pachatele.
- **Únik do fantazijního světa odtrženého od reálných okolností vlastního života** – dítě využívá k útěku od traumatu svůj jiný, nový vysněný svět – dostává se díky tomu zcela mimo realitu, svým způsobem utíká od svého reálného světa. V dnešní společnosti je běžné, že dítěti k tomuto vypomáhají sociální sítě.
- **Dezintegrace vlastní osobnosti, disociace** – dítě automaticky odděluje špatné vzpomínky, vjemy, myšlenky a pocity od ostatního obsahu mysli a od svého chování. Je tedy obvyklé, že se těžce traumatizované děti stávají tzv. mnohočetnými osobnostmi. V některých případech si dítě vytváří na každou traumatickou událost jinou fiktivní osobnost, která situaci prožívá za něj.
- **Sebeпоškozování** – oběť traumatu sebeпоškozováním zmenšuje určité vnitřní napětí, nutkání ve většině agresivním tónu se obrací na oběť traumatu. Mezi nejčastější formy sebeпоškozování lze v této době zařadit pořezání zápěstí.
- **Sebevražedné pokusy a sebevraždy** – pokus spáchat sebevraždu je jasným voláním o pomoc, sebevražda slouží k finálnímu útěku z nesnesitelné situace. Bohužel se tato strategie velmi často vyskytuje u obětí sexuálního traumatu.
- **Absolutní poslušnost vůči dospělým** – dítě se jednoduše snaží vyhovět ve všem dospělé osobě, která je zdrojem traumatu. Dítě má pocit, že svým poslušným jednáním se vyhne trestu od dospělé osoby. Bohužel si často původce traumatu tuto reakci vyloží tak, že může v poklidu pokračovat ve svém jednání vůči dítěti.
- **Snaha opustit stresující prostředí, útky z domova** – dítě se snaží „utéct“ z dosahu původce traumatu, často se tato varianta stává i přímo v domácnosti. Jedinec se z různých důvodů zavírá a izoluje od ohrožující osoby, k jeho bytí mu stačí například zahrada či sklep, je možný také pobyt u širší rodiny, například u rodičů. Z obavy z hrozcího nebezpečí má dítě občas tendenci utíkat z domu, aniž by mělo přesně určeno, kam utíká.
- **Nejistá vazba na pečující osobu, která je zdrojem ohrožení** – u dětí, které byly v raném věku sexuálně zneužívány se může vyvíjet dezorganizovaná vazba. Dítě se vůči pečujícím osobám chová nevyzpytatelně, u jiných dětí to může být odmítavá vazba (dítě se uzavírá do sebe, spoléhá se jen samo na sebe) či vazba ambivalentní – dítě je vůči pečujícím osobám občas přítulné a občas opačně bývá provokativní.

- **Konstrukce příběhu, ve kterém má trauma smysl** – ukazatelem pozitivního zpracování traumatu je, že dítě může o traumatu vyprávět a vidí v příběhu logiku chování reakcí pachatele a logiku ve svém chování. Klasicky se k tomuto dopracuje jedinec s pomocí druhé osoby, jsou případy kdy se k tomu dostane sám.
- **„Narovnání“ mezi pachatelem a obětí** – způsob, kdy pachatel traumatu oběti objasní své chování vůči němu a oběť traumatu pachatele pochopí a dá mu to jasně najevo. Zároveň je pachatel za své jednání plně zodpovědný. Celý postup končí až po tom, kdy se pachatel oběti skutečně omluví a oběť jeho omluvu přijme a odpustí mu (Matoušek, 2020, s. 60-65).

V případě, že je traumatická situace opakovaná v dětství, je zde možnost, že se během vývoje dítěte automaticky formují postoje, které můžeme označit jako generalizovaná životní strategie. K tvorbě tomuto nahlížení na život, a jeho součásti, přispívá také typ osobnosti dítěte. Generalizované životní strategie mají několik typů a to:

- **Zesílený sklon k ovládnutí jiných** – jedná se o jednu ze strategií, která má základ v prožívané bezmoci během dětství. Jedinec má potřebu s druhými manipulovat pomocí lhaní, násilí či sexuality. Je běžné, že jedinec, praktikující tuto strategii prožívá jen krátkodobé a povrchní vztahy, jelikož dlouhodobý vztah na těchto životních pilířích založit nelze.
- **Snaha pomstít se** – jedinec se mstí na celé společnosti, či si vybírá daného specifického jedince, na kterém se mstí na základě svého prožitého traumatu. Jedinec může páchat další traumata druhým lidem, či si zvolí dráhu vydědence, kterou si lze založit na páčání zločinů či násilí, jedinec má však pocit, že jeho jednání je ospravedlnitelné.
- **Postoj smolaře** – Jedinec uplatňující tento životní postoj má neustále ambice, které postupně klesají na „provozní minimum, jedinec využívá materiální i psychickou podporu od lidí, kteří jsou ochotni ji poskytovat. Jedinec vnímá svůj život jako nekončící smůlu a neúspěch. V extrémních případech jedinec uplatňující tento postoj bývá naprosto bez přátel a rodin, celkově osamělý.
- **Překonání traumatu** – Jedinec si je vědom prožitého traumatu v dětství, ví, že by mu tyto zkušenosti mohly do budoucna narušit fungování v dospělosti. Jedinec se pokouší o zpracování traumatu využitím daných služeb a osob (terapeut, přátelé, rodina) a teprve poté vykonává významné životní kroky jako je volba stálého partnera a vytvoření společné domácnosti (Matoušek, 2022, s. 65-66).

3.4 Diagnostika traumatu u dětí

Pracoviště zabývající se dětským traumatem jsou například dětská patopsychologie, dětská klinická psychologie či později dětské psychiatrie. Tyto pracoviště jsou v České republice obsaženy v několika odvětvích, starajících se o rodinu a dítě – odvětvích jako právo, oblasti sociální péče, školství i zdravotnictví. Řadí se sem pedagogicko-psychologické poradny, ordinace klinické psychologie, střediska výchovné péče, dětské neurologie, dětské psychiatrie či pediatrie, dále nestátní neziskové organizace pověřené sociálně právní pomocí dětem a rodinám. Je tu ovšem riziko, kdy dané zaměření chybně zamění trauma dítěte za jinou poruchu (Matoušek, 2020, s. 69).

Existují dva základní přístupy, které jsou používány při určování traumatu, dají se vzájemně kombinovat. Jedním z těchto přístupů je **přístup klinický**. Tento přístup je zaměřen na anamnézu dítěte, pozorování a rozhovor s dítětem. Pracuje s potencionálním problémovým chováním, jako důsledkem traumatu u dítěte, čerpá z určitých fakt traumatické události, kterou dítě prožilo. Naproti tomu přístup testový je založen na **psychodiagnostických metodách**. Vychází z podrobné znalosti symptomů posttraumatické stresové poruchy. Podrobná anamnéza se vyskytuje u většiny zařízení či institucí pracujících s dětmi. Anamnéza obsahuje podrobné informace o vývoji dítěte, které poskytuje pečující osoba či jiná osoba. Tyto malé zprávy o dosavadním životě dítěte pomáhají přesněji určit správnou kategorii traumatu či posttraumatickou stresovou poruchu. Hlavním cílem je vymanit se z chybného určování a zaměňování traumatických symptomů za symptomy jiné poruchy. Díky přesné diagnostice je možné dítěti nabídnout takovou odbornou pomoc, kterou přímo dítě potřebuje, dále se tím předchází další traumatizaci. Míru závažnosti traumatu lze zjistit z výpovědi dítěte, záleží na tom, zda bylo/ je traumatizace opakovaná či nikoli, dále záleží na věku jedince, kdy k prožívání traumatu došlo. Při prožívání traumatu v raných letech dítěte dochází k výraznému ovlivňování dalšího vývoje jedince, se později u dospívajících či dospělých vyskytují úzkosti či deprese. Pokud docházelo v raném věku dítěte k opakované traumatizaci, je časté, že se později u těchto osob projeví hraniční porucha osobnosti.

Rozhovor, probíhající s osobou, která poskytuje informace by měl být veden velmi vnímavě, osoba, která rozhovor vede by měla být schopná se doptávat na doplňující podstatné zážitky z života dítěte (Matoušek, 2020, s. 70).

Nejčastěji bývají příznaky traumatu u dětí **zaměňovány se syndromem ADHD**. Příznaky u obou jsou totiž velmi podobné, vyskytuje se zde přecitlivělost dítěte, poruchy koncentrace u dítěte, s tím spojené také to, že se dítě opakovaně dopouští chyb při zadání úkolu, dále se zde

vyskytuje hyperaktivita, vysoká dráždivost jedince, ztížené učení se něčemu novému. Pokud má dítě diagnostikováno ADHD, má roztržitou perspektivu, proto se stává, že se jednotlivé odborné oddělení řeší případ dítěte samostatně, tudíž spolu nekomunikují. Týká se to oddělení jako klinická a pedagogická psychologie, dětské psychiatrie, dětské neurologie a v neposlední řadě odborů speciální pedagogiky. Z pohledu praxe, tedy jak probíhá diagnostika traumatu u dětí je velmi časté, že se symptomy zaměňují se symptomy ADHD, tudíž u dětí, které jsou v péči školského zařízení bývají vyzdvihovány spíše výchovné opatření, a to i navzdory přítomnosti zřetelného traumatu v anamnéze dítěte. Z tohoto důvodu se pak jeví nevhodně zvolená opatření jako neúčinná a neefektivní. Pokud se u dítěte vyskytne závažné trauma, které je takzvaně „přehlíženo“, může docházet k negativním následkům v dalším vývoji dítěte (Matoušek, 2020, s. 74-75).

Pracovník, který provádí psychologickou diagnostiku u traumatizovaného dítěte by měl přesně znát principy při setkání s traumatizovaným dítětem a projevy posttraumatické stresové poruchy (PTSD). Dítě, které si prošlo jakýmkoli traumatem potřebuje mít přestávky během testování, velmi často špatně pochopí dané testové zadání, dítě se může projevovat jako velmi roztěkané a nesoustředěné. Osoba, která vede rozhovor s dítětem by v žádném případě neměla dovolit konfrontaci daných faktů a neinterpretovat výpověď dítěte jako případné lhaní. Dále by se měla mít na pozoru při dotazování dítěte na některé zážitky z minulosti, které jsou jakkoli spojené s traumatem, v první řadě by měl zvážit způsob dotazování. Vyšetření u dítěte může způsobovat znovuprožívání traumatické události, projevuje se to zejména zamrznutím či odpojením dítěte. Aby se těmto situacím co nejvíce předcházelo, je důležité sledovat například změny chování u dítěte, zblednutí či naopak zčervenání pokožky, náhlý strnulý pohled. Za všech okolností by mělo při testování dítěte pravidlo respektu k dítěti (Matoušek, 2020, s. 76).

Abychom mohly pojmenovat událost jako traumatickou, měla by splňovat dané charakteristiky. Mezi charakteristiky traumatické události patří fakt, že určitá událost je náhlá, nečekaná, může být i šokující ale zároveň ji jedinec nemůže korigovat a neneset za ni vinu. Události způsobené traumatickou situací působí jedinci psychickou či fyzickou újmu, dále se v životě jedince objevují naprosto nové a odlišné situace, než se kterými byl srozuměn (Mareš, 2023).

V návaznosti na prožité trauma se tedy objevuje **posttraumatický rozvoj**. Je to proces, který se objevuje v čase po prožitém traumatu, může se začít rozvíjet jak po měsících, letech ale

dokonce i po desetiletích. Posttraumatický rozvoj lze definovat jako změna, při níž jedinec zvyšuje svou aktuální hranici adaptace, chápání života, ale také zvyšuje své psychologické fungování. Odborníci se domnívají, že tento rozvoj je pokus člověka o psychologické přežití (Mareš, 2023).

Co je důležité zmínit, je že dítě vnímá a hodnotí stresové situace, které na něj působí jinak než dospělý jedinec. Jelikož dětská osobnost ještě není zcela vyvinutá a stálá, dítě má méně vyrovnávacích strategií než dospělý jedinec. Dítě má svůj svět jiný, odlišný než dospělý, je oddaný vůči autoritám (dospělým jedincům), mívá pružnější myšlení, ale bohužel bývá i zranitelnější a ovlivnitelnější druhým člověkem (Mareš, 2023).

4 Kompetence profesionálů v rámci multidisciplinárního týmu

Následující kapitoly budou pojednávat o kompetencích profesionálů, kteří přicházejí s traumatizovanými dětmi do kontaktu (Matoušek, 2020, s.79).

Obory mají své dané standardy odborné péče, které využívají při kontaktu s traumatizovanými dětmi. Obory, respektive resorty pracující s těmito dětmi jsou resorty zdravotnické, sociální péče a školství (Jochmannová, 2019, s. 58).

4.1 Odbor zdravotnictví

V tomto odboru se vyskytuje nespočet oddělení, které s dětmi s traumaty pracují. Lze sem zařadit oddělení lůžková, ambulantní či další zdravotnická pracoviště. Pokud dítě prožilo jednorázové, avšak akutní trauma, lze využít oddělení pediatrie nebo dětské neurologie, případně chirurgie. Prvotní kontakt s traumatizovaného dítěte může být s dětským praktickým lékařem. U této profese není požadována schopnost rozpoznávání symptomu traumatu u dětí (Jochmannová, 2019, s. 58).

Lékař pro děti a dorost by však měl mít určité schopnosti pro posuzování dítěte. Měl by umět komunikovat s dítětem (předávat informace rodičům) a mít schopnost empatie a naslouchání. Dále by měl umět poradit rodičům ohledně problémů ve výchově, odhadnout, zda v rodině nejsou patologické jevy jako například zneužívání návykových látek (Matoušek, 2020, s. 86).

Dalším odborníkem v odboru zdravotnictví může být **dětský psychiatr**. Měl by mít znalosti ve znalostech jako je klasifikace duševních poruch, základy vývojové psychologie (vývoj

motorický, kognitivní, morální, sociální), psychickými poruchami v dětském věku a v neposlední řadě s teorií rodinné interakce (dysfunkcí). Diagnózu získává dětský psychiatr pomocí podrobné anamnézy, poté zpracovává terapeutický, reedukační a rehabilitační plán pro jedince. Stejně jako praktický lékař by měl být schopen podávat informace a doporučení jak rodině, tak škole či možnost spolupracovat s ostatními zařízeními (Matoušek, 2020, s. 87-89).

Zvláštní postavení má ve zdravotnictví obor **klinické psychologie**. Klinický psycholog poskytuje péči jak rodinám, tak dětem, obsahem jeho práce je diagnostika pacienta, psychoterapie a následné zpracování intervenčního plánu (Jochmannová, 2019, s. 58–59).

Klinický psycholog by měl mít dále přehled v oborech jako je **psychopatologie** (obraz duševních poruch u dětí v závislosti na věku, rodinná interakce a duševní zdraví, následky dysfunkční rodiny. Dále v oblasti **psychoterapie** (individuální psychoterapie v daném věku, metody krizové intervence, rodinná intervence a duševní zdraví) a v oblasti **pedagogiky** – výchova dětí v rodině i mimo ni, děti týrané, zneužívané a deprivované (Matoušek, 2020, s. 89-90).

4.2 Odbor sociální péče

Pracoviště orgánu sociálně-právní ochrany dětí je odbor příslušné obce s rozšířenou působností. Činností pracovníků (kteří by měli mít vysokou školu či vyšší odbornou) je orientována na ohrožené děti, kteří se nacházejí v nepříznivé situaci. Zastupují děti v případě rozvodů rodičů či pokud je dítě součástí trestného řízení, zprostředkovávají náhradní rodinnou péči, vyhodnocují rizikové situace a v nejkrajnější situaci odebírají děti z rodin. Zároveň spolupracují s mnoha dalšími institucemi, například se soudy, ústavními zařízeními nebo policií. Dále mezi náplň jejich práce patří také vedení evidence dětí v péči, nařizování ústavní či ochranné výchovy, umístování dítěte do náhradní rodinné péče. Pracovníci OSPOD také spolupracují s policií nebo soudem, kdy vypracovávají oznámení o týrání dítěte, nebo podávají soudu návrhy například na dané umístění do ústavní péče (Jochmannová, 2019, s. 61).

Veškerá náplň pracovníků OSPOD vyžaduje znalosti platné legislativy týkající se rodiny a sociálně – právní ochrany dětí, systém fungování státní správy a samosprávy v obcích s rozšířenou působností, systém školských a zdravotnických zařízení pro děti dále například znalosti o soudním opatrovnickém řízení. Sociální pracovník OSPOD by měl také jako výše zmíněné profese mít dovednost v komunikaci jak s dítětem, tak s rodinou, umět zdravě

zhodnotit míru ohrožení dítěte, dále zhodnotit, jak funguje rodina směrem k dítěti (kvalita materiálních podmínek rodiny pro život, kvalita vztahů „uvnitř“ rodiny). Postoje sociálních pracovníků OSPOD vůči rodinám by měly být vysoce profesionální. Míra pomoci a kontroly rodiny se odvíjí od toho, jak ohrožené dítě je. Jak je již výše zmiňováno, pracovníci OSPOD spolupracují s mnoha jinými pracovníky jiných odborů, například s policií, školami, zdravotnickými zařízeními či se státním zastupitelstvím. V některých případech spolupracuje s Probační a mediační službou, dále s nestátními neziskovými organizacemi, které pracují s ohroženými dětmi a poskytují podporu ohroženým rodinám (Matoušek, 2020, s. 79-81).

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy jsou zřizovány obcemi nebo kraji. Tyto poradny nabízejí odborné sociálně – psychologické poradenství. Poskytují rodinné či párové poradenství rodičům, pěstounům nebo dalším osobám, které jsou s traumatizovanými dětmi v kontaktu. I když se přímo nespecializují na děti poskytují psychickou i odbornou pomoc výše zmíněným osobám. Dále vykonávají odborné doprovázení pro náhradní rodinnou péči (Jochmannová, 2019, s. 62).

Cílem poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy je pomoci tomu, aby jedinci vyřešili svou vlastní obtížnou situaci sám. V kritických případech poradny poskytují krizové intervence. V tomto typu zařízení se pracuje v týmu, který obvykle tvoří psycholog, právník a sociální pracovník. Pro klienty je k dispozici omezený počet konzultací, většinou se jedná o 6-8 sezení, které jsou bezplatné (Matoušek, 2020, s. 82).

Dalším zařízením, které se specializuje na práci s ohroženými dětmi a rodinami je **sociálně-aktivizační služba pro rodiny s dětmi (SAS)**. Pravidelně se setkávají s rodinami, kde je možné pozorovat symptomy traumatu u dítěte, či na ně mohou mít pracovníci podezření. Tato služba je určena pro právní a psychologické poradenství pro ohrožené rodiny, jejich pozice je podpůrná a poradenská (Jochmannová, 2019, s. 62).

Specifické je **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)**. Toto zařízení je určeno pro děti v neodkladné situaci, zařízení dítěti poskytuje okamžitou krizovou pomoc v podobě pobytu v zařízení (Jochmannová, 2019, s. 62).

Česká republika disponuje několika **krizovými centry** poskytující krizové služby specializované na děti a ženy, kterým hrozí objektivně nebezpečí. Krizové centrum zastupuje vysoké spektrum profesí jako je psycholog, lékař, zdravotničtí pracovníci a v neposlední řadě sociální pracovníci. Krizové centrum následně poskytuje případnou krizovou intervenci,

případně krátkodobou hospitalizací. Náplní programů, které jsou konané pro ohrožené děti jsou individuální či skupinové psychoterapie (Matoušek, 2020, s. 91).

Pokud je dítě v náhradní rodinné péči, či do ní má být umístěno existují v ČR **organizace poskytující podporu pěstounským rodinám**. Profesionálně jsou tyto organizace zastoupeny sociálními pracovníky a psychology. Pracovníci se zde zabývají poradenstvím pro dítě i náhradní rodinu, rodinnou asistencí, vzděláváním dítěte či vhodnými volnočasovými aktivitami pro dítě. Zároveň je běžné, že tyto organizace pracují s určitými koncepty traumatu, některé organizace se například specializují na trauma prožité v raném dětství a poté spolupracují s dítětem na základě tohoto zjištění. Jiné organizace pracují s konceptem emoční deprivace a možnosti usměrnění pomocí plnění psychických potřeb dítěte. Některé typy těchto organizací se specializují na děti, které právě přešly do náhradní rodiny, jiné jsou zaměřené na prvních šest týdnů po přechodu dítěte z ústavní péče do náhradní rodiny či organizace podporují rodiny, do kterých je začleňováno dítě na základě individuálního plánu (Matoušek, 2020, s. 91-92).

4.3 Odbor školství

Odbor školství spadá pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a patří sem školy (zřizované obcemi), také školská poradenská pracoviště. Základní školy obvykle disponují **školským poradcem**, což je osoba, která pracuje také s ohroženými dětmi (dětmi zažívající trauma). Další osobou, která přichází s těmito dětmi do kontaktu je **školní psycholog**. Jelikož tato profese není nijak legislativně upravena, je časté, že tuto profesi plní jedinec je na částečný úvazek. Školní psycholog by měl mít psychologické vzdělání, většinou je to absolvent magisterských oborů psychologie. Obsahem jeho práce je diagnostika orientovaná na poruchy chování a učení, dále také poradenství rodině/ dítěti a provedení preventivních programů na školách (Jochmannová, 2019, s. 59-60).

Dle Matouška, 2020, s. 85, by měly být náplní školního psychologa následující činnosti:

- *Koordinuje pedagogicko – psychologické poradenství ve škole;*
- *pracuje s celým systémem školy (vedení, pedagogický sbor, třídi učitelé, žáci, rodiče žáků);*
- *podílí se na monitorování problémových projevů chování, pravidelně provádí analýzy a návrhy konkrétních opatření;*
- *pracuje průběžně s žákovskými kolektivy a ovlivňuje prostřednictvím sociálního učení sociální klima školních tříd a celé školy;*

- *zajišťuje koordinaci poskytovaných služeb s ostatními subjekty, zejména PPP, SPC, SVP (Matoušek, 2020, s. 85-86).*

Zřizovatelem dalšího odboru, který se dostává do kontaktu s ohroženými dětmi/ dětmi procházející si traumatem jsou **pedagogicko – psychologické poradny (PPP)**, které jsou zřizovány krajským úřadem. V tomto zařízení jsou zastoupeny profese jako sociální pracovník, psycholog či speciální pedagog. Zaměřují se na školní problematiku dítěte, poruchy učení a chování, prevenci a podávají kariérní poradenství. Plní činnosti jako je speciálně – pedagogická diagnostika, poradenství a psychologická diagnostika. Pracovníci PPP tvoří individuální plány pro jedince a dávají doporučení k integraci či inkluzi dětí se specifickými potřebami ve škole. Dle dat statistické ročenky MŠMT bylo v péči PPP nespočet dětí, z důvodu jako – mentální postižení, poruchy učení, kulturní prostředí nebo další obtížné životní podmínky, poruchy učení, chování či vady řeči (Jochmannová, 2019, s. 60).

PPP provádí vyšetření dítěte před vstupem na ZŠ, věk klientů bývá od 3 do 21 let, v některých případech to je do ukončení studia. Odborníci PPP, zejména speciální pedagogové a psychologové poskytují poradenství nejen dítěti ale také jeho rodičům, v neposlední řadě pedagogům školského zařízení. V PPP existují dva typy péče, a to standartní a nadstandartní, standartní péče bývá poskytována bezplatně, nadstandartní už je placená (Matoušek, 2020, s. 82-82).

Střediska výchovné péče (SVP) byla školskými poradenskými pracovišti poskytující ambulantní i internátní pomoc, kde poskytující odbornou péči až do roku 2015. Náplní odborné pomoci jsou sociální a terapeutické služby pro děti do 26 let, dále psychologická a speciálně – pedagogická pomoc dětem, kteří mají osobnostní problémy, jsou ohroženi rizikem vzniku a vývoje poruch chování, prochází těžkým obdobím či mají problém se zapojit mezi vrstevnické skupiny. V SVP jsou většinou obsaženy profese jako speciální pedagogové, psychologové, sociální pracovníci, někteří pracovníci prošli psychoterapeutickou specializací. Pracovní náplní pracovníků středisek výchovné péče je komplexní vyšetření při kontaktu s dítětem, individuální terapie, dále vypracovávají individuální plány pro jedince, probíhá konzultace s rodiči dětí a reedukace dětí. SVP vykonává také skupinové terapie, provádí individuální činnosti se zákonnými zástupci dětí. Výše předložené problémy tedy poukazují na to, SVP spolupracuje také s dětmi, které mají v anamnéze zaznamenané trauma (Jochmannová, 2019, s. 60-61).

V každé škole by měl figurovat **výchovný poradce školy**, respektive by ho každá škola mít měla, tuto funkci může vykonávat metodik prevence. Náplní práce výchovných poradců je zejména poskytování poradenství ve školách a školských poradenských zařízeních. Výchovný poradce by měl poskytovat individuální konzultace žákům a jejich zákonným zástupcům při výchovných problémech či při poruchách učení, dále by měl pečovat o jedince s výchovnými problémy, o žáky, kteří se nacházejí v nežádoucí životní situaci či mají poruchy chování. V další řadě výchovný poradce spolupracuje s pracovníky PPP, orgány městských úřadů (především OSPOD), či s odbornými lékaři, informuje rodiče žáků o nejrůznějších možnostech využití odborné péče (Matoušek, 2020, s. 83-85).

VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce je popsána praktická část, která obsahuje hlavní cíl praktické části práce, dílčí cíle a výzkumné otázky, metodologii výzkumu, výběr respondentů a popis průběhu sběru dat. V samotném závěru této části jsou objasněny výsledky práce. Výzkum se zabývá prací sociálních pracovníků, které pracují se sociálně ohroženými dětmi, konkrétně se zaměřují na nevhodné chování projevované vůči ohroženým dětem.

5 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

CÍLE VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

- Hlavní cíl práce:
 - Zjistit formy nevhodného chování, vůči sociálně ohroženým dětem.

- Dílčí cíle práce:
 - S jakými projevy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem se respondenti setkávají.
 - Zjistit jaké pracovní postupy jsou pro pracovníce nejefektivnější.

- Výzkumné otázky:
 - S jakým nevhodným chováním se setkávají pracovníci/ce ve službách pro sociálně ohrožené děti?
 - Jaké diagnostické nástroje využívají sociální pracovníci ve službách pro sociálně ohrožené děti?
 - S jakými modely situací se sociální pracovníci ve službách pro sociálně ohrožené děti setkávají?

5.1 Metodologie výzkumu

Pro naplnění cíle výzkumu jsem zvolila kvalitativní design výzkumu. Je obvyklé, že někteří metodologové vnímají kvalitativní výzkum jako doplňkovou část kvantitativního výzkumu, který je tradičnější. Někteří metodologové naopak zastávají názor, že kvalitativní výzkum je opakem vědě, kterou vnímají jako ucelený celek zákládající se na přírodovědných základech. Postupem času však získal kvalitativní výzkum stejnou váhu jako ostatní druhy výzkumu (Hendl, 2005, s. 49). Kvalitativní výzkum definoval slavný metodolog Creswell, takto:

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Creswell, 1998 in Hendl, 2005, s. 50). Klasickým postupem je v počátku výzkumu zvolení téma a poté určení dané výzkumné otázky. Pozměňování otázek, či je v průběhu průzkumu doplňovat lze, ale je možné, že díky tomu se může zdát kvalitativní postup dostatečně flexibilní. Jedinec, který provádí výzkum vyhledává a analyzuje získané informace, které pomáhají k ozřejmění výzkumných otázek, dále realizují induktivní a deduktivní závěry. Kvalitativní výzkum probíhá obvykle delší dobu než kvantitativní, výzkumník se seznamuje s novými informacemi (Hendl, 2005, s. 50).

Jako nástroj pro získání dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Mezi hlavní přednosti polostrukturovaného rozhovoru patří připravenost otázek, které zaručují detailnost při odpovědích respondentů. Je tedy vhodný díky své flexibilitě, dostupnosti a pochopitelnosti. Díky polostrukturovanému rozhovoru je možné odhalit skryté informace od respondentů, či odkrýt skryté aspekty lidského chování. Proto je považován za účinný a příznivý nástroj k získávání informací. Jako základ polostrukturovaného rozhovoru lze považovat konverzaci, která umožňuje výzkumníkovi střídat a různě pozměňovat rychlost či styl otázek, díky tomu lze vyvolat dostatečně obsáhlé odpovědi respondenta. Respondentovi je naopak příjemné, když může odpovídat svým hovorovým jazykem. Základem polostrukturovaného rozhovoru je očekávání, že je celkově srozumitelný pro respondenty a je veden citlivě, s ohledem na respondenty a jejich názory či smýšlení (Mišovič, 2019, s. 80-81). Otázky k rozhovoru byly sestaveny tak, aby na sebe navazovaly, celkem se jedná o 8 otázek, jsou k dispozici v příloze (Příloha A). Data získána od respondentů byla v průběhu rozhovoru zaznamenávána na diktafon. Respondentky vyslovily souhlas s nahráváním hovoru na diktafon. Před započítím rozhovorů jsem je informovala o tom, že celý rozhovor bude zcela anonymní, respondentky poté vyslovily souhlas se započítím konání rozhovorů. Po dokončení rozhovorů jsem výpovědi přepsala do programu MS Word, v jejich doslovné podobě.

Jako metodu analýzy a interpretaci dat jsem zvolila metodu zakotvené teorie. Nejde přímo o danou teorii, jde spíše o jistou strategii výzkumu a současně se jedná o analýzu získaných dat. Výzkum vyplývající ze zakotvené teorie má za cíl demonstrovat určitou teorii poukazující na pozornost výzkumníka (Hendl, 2005, s. 125). Jde o takzvané otevřené kódování, výzkumník v něm využívá nakupeného textu a z něj odvozuje určité kódy, díky kterým je pak daný text

rozklíčován. Pro tento postup jsem zvolila metodu „tužka papír“, kdy odlišné barvy odlišují jednotlivé části textu a ty jsou následovně přiřazeny k daným kategoriím. Výzkumník může kódy v průběhu úpravy dat přehodnocovat a upravovat, díky tomu poté dochází k tvorbě dalších kategorií či podkategorií (Hendl, 2016, s. 125).

5.2 Charakteristika respondentek

Jediným kritériem pro výběr participantů bylo, aby pracovaly v sociální či zdravotnické službě pro sociálně ohrožené děti, případně rodiny. Čtyři respondentky, se kterými byly vedeny polostrukturované rozhovory, jsou pracovnice sociálního centra, konkrétně služby Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (SAS) a jedna z respondentek je pracovnící Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Jednou z náplní jejich práce je každodenní setkávání s klienty, kteří spadají pod cílovou skupinu sociálně ohrožené dítě či sociálně ohrožená rodina.

5.3 Průběh průzkumu

Pro schválení zahájení výzkumu bylo potřeba oslovit konkrétní služby. Po oznámení kritérií pro výběr respondentů, jsem se s vedením daných zařízení spojila telefonicky a dodala informace, které byly spíše doplňujícího rázu. Následně byly domluveny prostřednictvím emailu termíny rozhovorů, které probíhaly online. K online rozhovorům jsme došly po vzájemné domluvě z důvodu pracovní vytíženosti jednotlivých pracovnic a také z důvodu velké dojezdové vzdálenosti. Polostrukturované rozhovory tedy probíhaly prostřednictvím platformy Skype a MS Teams.

Před zahájením rozhovoru jsem respondentkám opět zopakovala, za jakým účelem bude rozhovor uskutečněn a na jaké téma je rozhovor vedený. Dále jsem respondentkám položila otázku: „*Jste srozuměny a souhlasíte s tím, že tento rozhovor je nahráván a nahrávka bude použita pouze k výzkumu?*“ Všechny zúčastněné respondentky souhlasily a potvrdily, že rozhovor může začít. Všem respondentkám byl poskytnut dostatečný čas na promyšlení a zformulování odpovědí, popřípadě dovysvětlení dané otázky. Rozhovory byly realizovány pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru, předem připravené otázky k rozhovoru byly pokládány s určitými časovými rozestupy, které sloužily k případným doplňujícím otázkám.

Následně byly celé rozhovory přepsány do programu Word. Data byly zpracovány metodou otevřeného kódování, pomocí postupu „tužka papír“. Během tohoto postupu se celý text neustále pročítá a odlišnými barvami označuje jednotlivé části textu a ty přiřazuje ke

kategoriím. Výzkumník přehodnocuje a upravuje kódy získané při úpravě dat a díky tomu dochází k tvorbě nových kategorií nebo jejich podkategorií (Hendl, 2016, s. 125).

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V této kapitole bude vylíčena a znázorněna analýza dat a následně budou prezentovány výsledky výzkumu. Díky sesbírání a zpracování dat, bylo možné přistoupit k dalším krokům výzkumu. Pomocí již výše zmíněných technik (metod), byly vytvořeny kódy, ke kterým byly přidány do tabulek (níže uvedených) zakódovaná data, které uvádějí výpovědi respondentů. Jednotlivé tabulky mají dané kategorie, které byly vydedukovány z analyzování výzkumu.

Tabulka 1 – Presentace výsledků, obecné informace (autorka, 2023)

Kategorie I. Základní údaje					
Kódy	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Délka praxe	2,5 roku	2 roky	10 let	4,5 roku	14 let
Nejčastější nenaplněné vývojové potřeby	-potřeba bezpečí a jistoty -potřeba lásky	-potřeba bezpečí a jistoty	-pocit bezpečí -potřeba sycení -potřeba seberealizace	-potřeba sycení -potřeba lásky a sounáležitosti	-citové potřeby -pocit bezpečí a přijetí

První kategorie nese název **Základní údaje**, obsahuje dva kódy nesoucí názvy **délka praxe** a **nejčastější nenaplněné vývojové potřeby**. Všichni respondenti uvedli, že před nástupem do stávajícího zaměstnání pracovali v zařízení poskytující služby sociálně ohroženým dětem/rodinám.

Následující otázka byla: „*Které vývojové potřeby bývají nejčastěji o ohrožených dětí nenaplněné?*“ z čehož vyplývá, že **nejčastější nenaplněnou vývojovou potřebou** je potřeba bezpečí a jistoty, jelikož se tato odpověď vyskytuje u tří respondentů. Jako další nenaplněná potřeba se považuje potřeba lásky, ale respondent 3 uvádí, že: „*Co se týká emocí, tak si naopak myslím, že většina rodin, se kterými pracuji, tak rodiče mají svoje děti rádi. Vztahy*

v těchto rodinách jsou dobré, situace se horší s příchodem nového partnera, vyskytuje se emoční plochost a může docházet i k násilí.“

Dále respondentka 3 zmiňuje jako jednu z nejčastěji nenaplněných vývojových potřeb potřebu seberealizace a tuto odpověď zmínila jako jediná z respondentů. Respondentka 3 v rozhovoru zmiňuje: „Další potřebou, kterou děti nemívají naplněnou je seberealizace. Rodiče děti neumí vzdělávat, sami jsou totiž vzděláni minimálně. Je běžné, že rodičům na vzdělávání dětí nezáleží, nevnímají to jako potřebné pro své děti. Najdou se rodiny, které chtějí vzdělání dítěte řešit a hledají pomoc, ale je to opravdu minimum.“

Tabulka 2- prezentace výsledků, použití diagnostických nástrojů (autorka, 2023)

Kategorie II. Použití diagnostických nástrojů					
Kódy	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Volba diagnostického nástroje	-pozorují jedince -vychází z anamnézy	-pozorování jedinců -rozhovor -tvoreň anamnézy	-mapování situace, analýza -tvorba anamnézy -rozhovor a pozorování	-pozorování jako nástroj ke zjišťování informací -anamnéza rodiny	-rozhovor s klientem k získání informací -sociální anamnéza -rozhovor s dítětem + pozorování
Naladění se na klienta	-vyhodnocení situace -naladění se na K	-zajistit klidné a bezpečné prostředí -schopnost číst mezi řádky	-vyhodnotit situaci a dle toho se řídit -vést rozhovor promyšleně	-rozpoznání přetvářky -přizpůsobení řeči, situaci	-pravidlo, tady a teď“ -zjištěný kontext u jednotlivých případů

Následující kategorie se nazývá **Použití diagnostických nástrojů**. Jedná se o přístupy, techniky, které sociální pracovníci používají při kontaktu s klienty. První kód se zabývá **Volbou diagnostického nástroje**, kde se všichni respondenti shodli na odpovědi pozorování jedince a tvorbě sociální anamnézy. Respondentka 4 uvádí, že: „Jsem kolikrát první, kdo rodinu vidí a hlouběji s ní jde do kontaktu, spolupracujeme s nimi a pozorování bereme jako nástroj k zjišťování informací.“ Respondentka 3 u této otázky uvádí: „Velmi důležité je to,

čeho si všímáme, pokud jsme v rodině, tedy pozorování. Pokud si všimnu, že je tam nepořádek, přejdu k tomu, že viditelně nezvládají péči o domácnost v kombinaci s péčí o dítě, následně jim nabízím pomoc.“

Dále se všichni respondenti shodli na tvorbě sociální anamnézy, která jim napomáhá při práci s rodinami a vycházejí z ní.

Další kód uvádí způsob **naladění se na klienta**. Nejčastěji byla zmíněna schopnost vyhodnotit situaci, a to u dvou respondentů. K této otázce respondentka 1 uvádí, že: *„Ve chvíli, kdy máme klienta, ke kterému přijdeme a je podnapilý, tak je jasné, že nemá cenu uskutečňovat další kroky a je třeba je přeložit na jindy, to samé v případě agrese či podráždění klienta. Je to hodně na situaci, je potřeba umět vyhodnotit, jak se v situaci umět chovat.“*

Respondentka 4 dodává, že: *„Ve spoustě situací nejde vytušit a zjistit naladění klienta. Je to těžké díky tomu, že se klienti hodně přetvařují a hrají divadlo. Jsou zvyklí lhát úřadům a škole, takže často lžou i nám. Naladit se zkusíme, ale ne vždy je to úspěch. Jde o naladění zejména komunikační, aby rozuměli tomu, co my po nich požadujeme.“*

Respondentka 5 ve své výpovědi uvedla, že při komunikaci s klienty používá metodu „tady a teď“, tedy, že: *„Na klienta se naladím dle situace, která je „tady a teď“. A samozřejmě dle kontextu, který my víme při přijetí dítěte, máme přehled o tom, z jakých poměrů dítě přichází a za jakých okolností vše probíhalo. Potom co dítě známe, rozklíčujeme všechny okolnosti, které mají na dítě vliv a na situaci jako takovou. Podle toho se potom volí metoda, jak s ním pracovat.“*

Tabulka 3- prezentace výsledků, rizika a nevhodné chování (autorka, 2023)

Kategorie III. Rizika a nevhodné chování					
Kódy	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Rizika v rodině	nezaměstnanost rodičů -postoj ke vzdělání dětí -malá motivace	-drogově závislí rodiče -závislost na sociálních dávkách -nezaměstnanost rodičů	-drogově závislí rodiče x alkohol v rodině -zanedbávání hygieny -velmi časté stěhování	-alkohol, drogy, emoční plochost vůči dítěti -malá motivace ke vzdělávání dětí	-ekonomická nestabilita (nezaměstnanost rodičů) -časté stěhování -propadávání dětí systémem
Nevhodné chování vůči dítěti	-zanedbání péče o dítě -absence hygieny	-zanedbávání a fyzické týrání dítěte	-psychické týrání dítěte -vulgarita rodičů	-zanedbávání dítěte (v oblasti školství) -fyzické násilí	-domácí násilí

Následující kategorie byla nazvána jako **rizika a nevhodné chování**, která tvoří dva kódy.

První z kódů, a to **rizika v rodině** představuje, jaké rizikové chování v rodině bývá dle výpovědí respondentů v rodinách běžné. Tři respondenti uvedli, že za rizikové faktory považují, pokud jeden z rodičů či oba rodiče užívají návykové látky. Respondentka 3 uvedla: „Mám rodiny, kde rodiče berou návykové látky či holdují alkoholismu. V případě naší návštěvy jsou fakt většinou opatrní a v případě smluvené schůzky jsou ve většině případů opatrní na to, aby nebyly pod vlivem návykové látky či alkoholu.“

Respondentka 4 uvádí, že: *Pokud je jeden z rodičů alkoholik a nezvládá to, většinou je tam hrozba ztráty bydlení, ty rodiny jsou takoví kočovníci, vždy v době placení nájmu se řeší, kde budou bydlet. Rodina stále dokola řeší, bydlení, peníze nebo příjem potravin.*“

Jako další velmi rizikový faktor trvajícím v rodině tři respondenti uvedli, že jde o nezaměstnanost rodičů. Respondentka 1 zmiňuje, že: „Hlavní riziko je nezaměstnanost rodičů, protože to je u většiny těch lidí, na to navazují dluhy, většinou se k tomu ty rodiny

staví tak, že ty dluhy neřeší, nemají tendenci si kvůli nim hledat zaměstnání na smlouvu, protože by se jim poté strhávaly exekuce, takže to je asi takový nejrizikovější faktor. Ovlivňuje všechno – bydlení, jídlo nebo třeba ošacení.“

Dalším uvedeným kódem je **nevhodné chování vůči dítěti**. Při této otázce se tři respondenti shodli u pojmu zanedbání/ zanedbávání dítěte. Výpovědi respondentů 1,2 a 4 se v různých příkladech zanedbávání dítěte lišily, v konečném důsledku však všichni tři pojmenovali toto chování jako zanedbávání dítěte. Respondentka 1 uvádí, že: *„Nevhodné chování je celkově zanedbání péče o děti, rodiče děti do ničeho nevedou, nemají řád, často nemají osvojené hygienické návyky, zdravý vztah ke škole, k nějakým povinnostem. Tyto děti rostou a vyvíjejí se bezprizorně, rodiče jim nedávají žádný vzor.“* Zároveň se však respondentky 1 a 4 shodují na tom, že je těžké sociálně ohroženým rodinám vysvětlit, že společnost má jiné normy než oni. Respondentka 4 zmínila, že: *„Myslím si, že z jejich pohledu svoje děti nezanedbávají. Tyto rodiny to vidí jinak, většinová společnost na to kouká jinak, oni však mají jiné normy než my. Mají to prostě tak nastavené.“* Respondentka ve své výpovědi dodala, že: *„Zanedbávání dětí je to z našich pohledů, já věřím tomu, že oni to tak nevnímají, je to pro ně standard, ale společnost je tlačí do toho, aby splňovali naše standardy, takové to, co je pro nás normální. Dítě by mělo chodit čisté, oblečené dle aktuálního počasí, a hlavně by děti měli pravidelně chodit do školy.“*

Jako další nevhodné chování vůči dětem uvedli respondenti fyzické týrání dítěte. Na této výpovědi se shodli tři respondenti, respondentka 5 zmínila domácí násilí, ale ve své výpovědi fyzické násilí uvedla také. Na otázku *„S jakými projevy nevhodného chování se setkáváte v rodinách/ prostředí, ve kterém dítě vyrůstá?“* uvedla respondentka 4, že: *„V některých rodinách je týrání dítěte, tam se celá situace řeší více. V případě, kdy se to objeví, ale není to ještě prokazatelné, je běžné, že to poznáme na chování ať už agresora tak oběti, protože si troufnu říci, že tu rodinu přeci jen už trochu znám. Jejich normou je to, že pro výprask dítěte nejdou daleko, je to pro ně normální.“* Respondentka 5 zmiňuje, že: *„Domácí násilí, to je velká patologie v rodinách, která souvisí i s tlakem ekonomickým, tam už je fakt jen krůček k tomu. I alkohol a drogy na to mají velký vliv. Pokud mluvíme o fyzickém násilí, páchané na dítěti, potom jde o ohrožení života a bezpečí, ale už se moc nemluví o tom, jak moc fyzické týrání ovlivňuje psychiku těch dětí.“*

Tabulka 4- prezentace výsledků, aktuální životní postoj (autorka, 2023)

Kategorie IV. Aktuální životní postoj					
Kódy	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Obrané a vyrovnávací strategie	-agresivita vůči vrstevníkům -vytěsnění (konzumace návykových látek)	-vytěšňování (nepřipouštění situace) -agresivita vůči vrstevníkům	-útěk od svého způsobužití -adaptace na aktuální stav	-adaptace (berou situaci jako normu)	-agrese (vůči vrstevníkům i autoritám)

Následující kategorií je kategorie IV., nazvaná **aktuální životní postoj**. Tato kategorie skýtá jen jeden kód, a to obranné a vyrovnávací strategie, které sociálně ohrožené děti uplatňují v běžném životě. U tří respondentů se výpověď shodovala v tom, že jako jednu z nejběžnějších strategií vnímají agresi/ agresivitu povětšinou vůči vrstevníkům.

Respondentka 5 udává: „*Agrese je velmi běžná, spíš je to agresivní postoj, ve většině situací nikomu nedůvěřují. Když jsou to děti jiného etnika, přijdou do zařízení, které je majoritní a jsou celý život vychovávány v tom, že my jsme špatní a nepřátelé, najednou jsou tu s námi, ještě když je sem máma dává dobrovolně, tak to už v tom mají extrémní chaos.*“ Respondentka 2 u své výpovědi dodala, že: „*Děti jsou agresivnější vůči vrstevníkům, mají tendenci machrovat a vyvolávat konflikty. Naopak ve školách to bývá tak, že vůči učitelům jsou laxní a nechtějí poslouchat.*“

Dalšími životními postoji jsou adaptace na aktuální stav a vytěsnění (například pomocí návykových látek). V případě adaptace zmiňuje respondentka 3: „*Děti se situaci přizpůsobují, berou to jako normální. Setkala jsem se situací, kdy byly děti nějakou dobu v naprosto jiném prostředí, ale postupně to všechny odmítaly, protože to pro ně bylo něco naprosto odlišného. Nechtějí v podstatě nic měnit.*“

Vytěsnění aktuální situace popsala respondentka 2 takto: „*Nejběžnější je rozhodně vytěšňování, děti si situaci nepřipouští, nevidí to tak. Maminka a tatínek je jen jeden, a i když*

se chovají sebehůř, tak oni je mají rádi. Nepřipouští si situaci, přijde jim to, v čem žijí tedy normální. Děti nemají moc možnost se z kolektivu vymanit, a když je někdo upozorní na to, že jsou jiní, často bývají agresivní.“

Tabulka 5- prezentace výsledků, profesní seberozvoj (autorka, 2023)

Kategorie V. Profesní seberozvoj					
Kódy	Respondent 1	Respondent 2	Respondent 3	Respondent 4	Respondent 5
Možnosti pracovníků v profesi	-kurzy, které si zaměstnanci sami vybírají -supervize každý měsíc	-pravidelné skupinové supervize -využití individuální supervize -účast na různých stážích	-možnost si vybrat konkrétní kurzy a stáže -skupinová supervize týmu	-pravidelné supervize týmu -využití individuální supervize -pravidelné školení	-supervize pro pečující personál (každé ráno) -externí supervize -kurzy pro zaměstnance (2 kurzy za rok)

Závěrečná tabulka se zabývá **profesním seberozvojem**, který mají sociální pracovníce v zařízení k dispozici. Všichni respondenti se shodli na tom, že mají v zaměstnání možnost kurzů či stáží, které si sami vybírají. Respondentka 1 ve své výpovědi uvedla: „Každý zaměstnanec má k dispozici určitý budget, který má na rok, ze kterého může čerpat. Funguje to tak, že si zaměstnanci vybírají kurzy sami a poté se domlouvají se svým nadřízeným, zda je to možné schválit a v našem oboru to k něčemu bude.“

Dále všichni při rozhovoru zmínili, že mají pravidelně poskytovanou supervizi, ať už skupinovou supervizi, individuální či externí. Respondentky 2 a 4 dodaly, že individuální supervize využily. Respondentka 4 udává, že: „Supervize jsou pravidelně, jsou skupinové, probíhají každý měsíc. Individuální supervize lze využít, už jsem toho několikrát využila a myslím, že je to super a potřeba.“

Respondentka 5 uvádí, že v zařízení mají možnost supervize skupinové i externí, a to z důvodu toho, že: „Supervize máme hlavně pro pečující tety, pro personál v přímé péči. Pravidelně se každý den sejdeme ráno a volnější formou mluvíme o tom, co bylo. Máme také externí supervizi, kdy přichází někdo zvenku, aby bylo dosaženo nestranného pohledu, který tu bývá opravdu potřeba.“

7 DISKUZE

Daného cíle výzkumné části bylo dosaženo, a to díky výpovědím respondentů. K hlavnímu výzkumnému cíli byly vypracovány dva dílčí cíle a k nim tři výzkumné otázky, které budou v následující kapitole rozebrány.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sociální pracovníce, pracující s cílovou skupinou sociálně ohrožených dětí se nejčastěji setkávají s nevhodným chováním ve formě zanedbávání dětí a fyzického násilí páchaném na dítěti. Láchová ve své práci uvádí, že v případě, že se jedná o fyzické násilí, jde o neúměrný tělesný trest, který je páchán na dítěti. Hranice, kdy se dá tělesné trestání považovat za fyzické násilí, musí splňovat kterékoli z následujících příkladů: agresor k trestání používá předmět, na těle oběti zůstávají stopy po násilí či se autor zaměřuje na citlivé oblasti na těle (břícho, hlava) (2019, s. 14).

První výzkumná otázka se zabývala zjištěním, s jakými projevy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem se sociální pracovníci setkávají. I přes to, že se profesní roky ve službě pro sociálně ohrožené děti liší, respondenti se shodovali, že nejčastějším projevem nevhodného chování je fyzické násilí a zanedbávání dítěte. Ve výpovědi zanedbávání dítěte se příklady typů zanedbávání lišily, uvedli například: *„Oni (rodiče dětí) to prostě nemají tak, že by chtěli ať jejich dítě vystuduje, aby se jednou měli líp než já. U nich to takhle nefunguje. Děti do studia prostě nevedou.“* Či naopak jedna z respondentek zmínila zanedbávání hygieny: *„Je taky normální, když přijdou v ne úplně čistém oblečení, setkávám se s případy, kdy mají oblečení natržené, zanedbané. Rizikovým faktorem jsou také štěnice a švábi v domácnostech, jsou rozlezlí v několika patrech, lezou do všeho, rodiče to neřeší.“*

Jako druhý nejčastější typ nevhodného chování bylo fyzické násilí páchané na dětech, respondenti se však shodovali, že tuto patologii řeší spíše orgán sociálně – právní ochrany dětí. V případě podezření na fyzické násilí v rodině mají samozřejmě pracovníci povinnost toto podezření nahlásit, často se stává, že se toto hlášení ozývá také ze školy. Zároveň se ale shodují na tom, že je těžké rozpoznat kdy se už jedná o fyzické násilí. *„Je běžné, že se na to (fyzické násilí) přijde až po strašně dlouhé době. Většinou to umí strašně dobře zakrýt. Ale ta atmosféra je tam cítit, hlavně pokud máte informace i od OSPODU.“*

Lea Mátisová, v roce 2012 vypracovala výzkum na téma Ohrožené dítě, kde bylo cílem zjistit, jak na dítě působí alkoholismus v rodině, jak tyto poměry v rodině ovlivňují život dítěte a

jeho pohled na problematiku do budoucna. Praktická část probíhala formou kazuistického šetření, kdy autorka díky šetření posuzovala vztah dítěte k rodinným příslušníkům, zda má posuzovaný přátele a jak s nimi vychází. Dále autorka zjišťovala, jak dítě nahlíží na problematiku alkoholismu v rodině a jaký má alkoholismus dopad na fungování rodiny jako celku. Jelikož alkoholismus spadá pod projevy nevhodného chování vůči dětem, zvolila jsem tento výzkum jako relevantní pro porovnání s mojí prací.

Závěr kazuistického šetření popisuje autorka takto: „*Alkoholismus v rodině, kdy je na něm závislý otec, v tomto případě, působí destruktivně na celou rodinu, nejen na dítě. Dívka si uvědomuje, že je díky alkoholu otec častěji agresivní, nekomunikativní. Viní otce z požívání alkoholu a také viní alkohol proto, že díky němu nemá „normálního otce“.* Manželka je obětí domácího násilí a svou neschopnost při řešení situace převádí na děti tím, že je sama zanedbává a psychicky týrá. Děti jsou týrané a zanedbávané oběma rodiči, nemohou svou tíživou situaci nikomu sdělit, neboť se bojí otce, který jim vyhrožuje zabitím. Dívka má psychosomatické obtíže (bolesti hlavy, žaludeční obtíže), nízkou sebedůvěru, sebehodnocení, je úzkostná, apatická a žije v neustálém stresu. Špatné rodinné prostředí se promítá i do školního prospěchu a neschopnosti navazovat kvalitní přátelské vztahy.“ (Mátisová, 2012).

Při srovnání výzkumu této bakalářské práce a mé, je zřejmé, že jakékoli nevhodné chování, které je směřováno vůči dítěti se promítá do jeho duševního či fyzického stavu, dále ovlivňuje jeho společenské vztahy, úspěch ve vlastním vzdělávání ale hlavně ovlivňuje náhled jedince na svoji vlastní budoucnost.

Martina Skučková v roce 2015 provedla výzkum na téma Navazování spolupráce s týraným a zneužívaným dítětem. Cílem praktické části autorky bylo zjistit zkušenosti krizových pracovníků se započatím procesu pomáhání u zneužívaných a týraných dětí. Autorka v praktické části své práce použila metodu polostrukturovaných rozhovorů, které vedla s pracovníky krizového centra.

Autorka v závěru praktické části své práce uvádí: „*Výzkumný vzorek respondentů potvrdil skutečnost, že u týraných a zneužívaných dětí nedochází k dostatečnému naplnění vývojových potřeb a může to mít v budoucnu následky, které se mohou objevit už během spolupráce v krizové intervenci nebo naopak až po odstupu několika let.*“ (Skučková, 2015).

Dle výpovědi autorky, lze zjistit, že respondenti v jejím průzkumu uvedly, že vývojové potřeby sociálně ohrožených dětí často nebývají dostatečně naplňovány. Lze soudit, že s tím má, co činnosti také nevhodné chování vůči dětem.

Druhá výzkumná otázka, se zaměřovala na to, jaké diagnostické nástroje využívají sociální pracovníci ve službách pro sociálně ohrožené děti. Při svých výpovědích zmínili respondenti nejčastěji pozorování jedince. Zároveň také všichni dodali, že si při počátečních návštěvách „svých“ rodin, tvoří anamnézu, dle které se zaměřují na nejkritičtější oblasti, a snaží se je s klienty řešit. Dále pracovníci zmiňují, že se anamnéza neustále mění, vyvíjí se dle toho, jak práce s klienty postupuje, přicházejí další situace k řešení. Jedna z respondentek vypověděla: *„Co se týče nástrojů, které používáme při práci, lze uvést třeba rozhovor a pozorování. Dále se získává sociální anamnéza, poté je hodně přínosné neustálé pozorování dítěte, to je takový základ.“*

V případě volby nástroje, jak s klienty pracovat, musí pracovníci také zvažovat v jakém rozpoložení se daný klient nachází, je důležité vnímat situaci a následně ji vyhodnotit. Zároveň však dodává jedna z respondentek, že: *„V případě potřeby se snažíme dítě odvést do klidného prostředí, bez významných ruchů. Navazování společného vztahu tím může být posilněno, stává se, že se nám poté dítě více svěřívá, otevře se nám v tom, o čem chce mluvit. V některých případech si sjednáváme schůzku s dítětem přes rodiče, tady v zařízení.“*

Poslední výzkumná otázka se zabývá otázkou, s jakými modely situací se sociální pracovníci setkávají ve službách pro sociálně ohrožené děti. Jako modely situací, lze pojmut běžné situace, se kterými se pracovníci setkávají při své práci, co je náplní jejich práce. Nejčastěji se respondenti shodli na tom, že se setkávají s rodinami, kde jsou rodiče nezaměstnaní, a to způsobuje následující problémy, které řeší. Návazně na to, byla také většinová shoda v tom, že další častou situací je rodina, kde je jeden či více členů závislý na návykových látkách či na alkoholu. Od těchto patologií se odvíjí další situace, které s tím mají ať už větší či menší spojitost.

Od narození dítě vnímá všechny situace, které se stanou v rodině, vnímá a pociťuje, zda jsou v rodině vztahy pozitivní, bohužel však vnímá i vztahy negativní. Dle těchto situací, dítě nějak reaguje, stěžejní je věk dítěte ale také jeho psychická a fyzická vyspělost. V případě dítěte vyššího věku se negativní situace v rodině promítá do školního prospěchu či do jeho zhoršení, zhorší se také jeho vztahy k rodičům, může propadat vandalismu. Menší děti vnímají situaci v rodině stejně tak, bez ohledu na věk. U těchto dětí se však negativní situace promítá spíše obtížemi psychosomatického typu je časté, že se navrací do předchozího vývojového stádia (Mátisová, 2012, s. 16).

Jedna z respondentek, zmínila při své výpovědi zejména potřeby, které u ohrožených dětí v nepříznivé situaci jsou nejvíce potřeba, a bohužel bývají nenaplněny. *„Citové potřeby, děti*

bývají hodně citově deprimovaní, chybí jim pocit bezpečí, tělesný kontakt (objetí). I tělesné potřeby, děti bývají podvyživené, nebo jsou naopak obézní, protože jsou živeni na sladkém a kalorickém jídle. Ale ty citové potřeby bych vyzdvihla, ty tady žádné dítě nemá v pořádku.“

Následující respondentka popisuje potřeby, které zůstávají nenaplněny takto: *„Je to široká škála pojmů, se kterými se setkávám, nechávání dětí bez dozoru, emoční plochost vůči dítěti. Duševní rozvoj dítěte se v rodinách nekoná, nemají to zapotřebí. Neposílají děti do školy, nevidí to jako něco potřebného. Je to různé, ale od potřeb, které dítě od narození potřebuje a ve své rodině mu nejsou plně naplňovány se to prostě všechno odráží.“*

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce s názvem Vývojové potřeby sociálně ohrožených dětí z pohledu zdravotně – sociální péče byla rozdělena do části teoretické a praktické.

Cílem teoretické části bylo definovat vývojové potřeby u dítěte a problematiku traumatu u dítěte. Téma vývojových potřeb dítěte bylo rozčleněna do více kapitol, kvůli jednotlivým přístupům k těmto potřebám. V teoretické části je dále zmíněn attachment a jeho poruchy. Následně jsou zde představeny termíny jako sociálně ohrožené dítě či trauma u dítěte, jsou dále popsány a zmíněny jejich charakteristické rysy. Výše jmenovaná témata jsou rozčleněna do kapitol, ve kterých je každé téma detailněji popsáno. Teoretická část byla vytvořena za účelem položit základ pro část praktickou a je určena pro správné pochopení daného tématu. Tímto byl cíl teoretické části práce naplněn.

Praktická část bakalářské práce byla vytvořena za účelem splnění hlavního cíle – zjistit formy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem. Následně na tento cíl byly vytvořeny dva cíle dílčí, a to zjistit s jakými projevy nevhodného chování vůči sociálně ohroženým dětem se respondenti setkávají a zjistit jaké pracovní postupy jsou pro pracovníce nejefektivnější. Pro naplnění cílů – jak hlavního, tak dílčích byl použit a realizován polostrukturovaný rozhovor, ke kterému byly vypracovány otázky, které byly kladeny sociálním pracovnícům ve dvou typech služeb. Jedním z těchto typů byla služba Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, druhá služba byla Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Jednotlivá získaná data byla vyhodnocena pomocí kódování a interpretována pomocí vytvořených tabulek i slovně. Výzkumné otázky byly zodpovězeny na základě výpovědí respondentek, a dle mého názoru byly splněny i dané stanovené cíle, na které byla získána odpověď. Z rozhovorů s respondentkami lze usoudit, že se nejčastěji setkávají s nevhodným chováním, fyzického charakteru. Dále tři respondentky zmínily, že jako nevhodné chování skýtají zanedbávání dítěte.

Téma sociálně ohrožených dětí je velmi rozporuplné a lze říci, že v některých situacích jsou pracovníce vcelku bezmocné a nesetkávají se s pochopením. V průběhu průzkumu jsem se pomocí MS Teams spojila s pěti sociálními pracovníci, které pracují s touto cílovou skupinou. Při konání rozhovorů bylo mnohdy cítit vnitřní nesouhlas s tím, co popisují, lze říci také neochotu danou otázku více rozebírat, jelikož je možné, že danou oblast řeší dnes a denně.

Závěrem lze říci, že tato cílová skupina je mnohdy společností, a především laiky podhodnocovaná a odsuzovaná, míním ale, že je to neznalostí daných informací a tím, že daná společnost nemá zájem se o tuto cílovou skupinu zajímat. Zároveň si cením toho, že zaměstnavatel daných respondentek jim umožňuje pravidelnou supervizi, která je potřeba nejenom v této cílové skupině, ale v celé sféře sociální práce.

9 POUŽITÁ LITERATURA

9.1 Primární zdroje

- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- LANGMEIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 2011. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum, 399 s. ISBN 978-80-246-1983-5
- MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 320 s. ISBN 978-80-262-0618-7
- MATOUŠEK, Oldřich a PAZLAROVÁ, Hana, 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: V kontextu plánování péče*. Portál, 216 s. ISBN 978-80-262-0522-7
- MATOUŠEK, Oldřich, 2020. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny*. Portál, 2. vydání, 208 s. ISBN 978-80-262-1707-7
- PEMOVÁ, Terezie a Radek, PTÁČEK, 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-5695-0
- PÖTHE, Peter, 2022. *Vývojová a vztahová terapie dětí*. Praha: Portál, 288 s. ISBN 978-80-262-1958-3
- RUPPERT, Franz, 2008. *Trauma a rodinné konstelace: psychické disociace a jejich léčba*. Praha: Portál, 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3
- ŠULOVÁ, Lenka, 2019. *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 248 s. ISBN 978-80-246-4479-0

9.2 Sekundární zdroje

- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9
- MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 292 s. ISBN 978-80-7419-285-2

9.3 Internetové zdroje

ČERNÁ, Ria a Zuzana JEŽKOVÁ. *Attachment: o důležitosti citového pouta v životě, o jeho poruchách a léčení* [online]. Šance dětem, 2013/2023 [2023-03-04]. Dostupné z:

<https://sancedetem.cz/attachment-o-dulezitosti-citoveho-pouta-v-zivote-o-jeho-poruchach-leceni>

JEŽKOVÁ, Zuzana a Eva LABUSOVÁ. *O nevhodných přístupech v rodičovské výchově, psychickém násilí a jeho vlivu na vývoj dítěte* [online]. Šance dětem, 2012/2023 [2023-03-04].

Dostupné z: <https://sancedetem.cz/o-nevhodnych-pristupech-v-rodicovske-vychove-psyckem-nasili-jeho-vlivu-na-vyvoj-ditete>

JIRÁKOVÁ, Pavlína. *PBSP – pět základních vývojových potřeb* [online]. ALFABET, 2015

[2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/rodina/zakladni-vyvojove-potreby/>

JIRÁKOVÁ, Pavlína. *Poruchy attachmentu – co dělat?* [online]. ALFABET, 2015 [2023-03-

04]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/rodina/poruchy-attachmentu/>

JIRÁKOVÁ, Pavlína. *Typy attachmentu* [online]. ALFABET, 2015 [2023-03-04]. Dostupné

z: <https://www.alfabet.cz/vyvojova-vada-u-ditete/rodina/typy-citoveho-pouta/>

MANSON, Mark. *Teorie citové vazby*. [online]. Psychologie.cz, 2017 [2023-03-04].

Dostupné z: <https://psychologie.cz/teorie-citove-vazby/>

MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj u dětí a rodičů* [online]. Šance Dětem, 2012/2023

[2023-03-04]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/posttraumaticky-rozvoj-deti-rodicu>

PRESSLEROVÁ, Pavla. *Syndrom CAN* [online]. Šance dětem, 2012/2023 [2023-03-04].

Dostupné z: <https://sancedetem.cz/syndrom-can>

PROCHÁZKOVÁ, Tereza. *Teorie motivace podle Maslowa* [online]. Mentem: trénujte svůj

mozek, 2018 [2023-03-04]. Dostupné z: <https://www.mentem.cz/blog/teorie-motivace/>

VANÍČKOVÁ, Hana. *Zanedbávání péče o dítě* [online]. Šance dětem, 2012/2023 [2023-03-

04]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/zanedbavani-pece-o-dite>

9.4 Ostatní

JOCHMANNOVÁ, PhDr. Leona. *Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení*. Olomouc, 2019. 138 s. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

LÁCHOVÁ, Markéta. *Možnosti terapeutické a poradenské práce s dítětem – obětí domácího násilí*. Praha, 2019. 50 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. David Čáp Ph. D.

MARTINKOVÁ, Bc. Dagmar. *Aplikace teorie attachmentu a vývojových potřeb dle Pessa a Boyden – Pessa u dětí žijících v dětském domově*. Brno, 2018. 85 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Jiří Němec, Ph. D.

MÁTISOVÁ, Lea. *Ohrožené dítě*. Praha, 2012. 51 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Husitská teologická fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

SKOUPÁ, Klára. *Traumatizace dítěte*. Praha, 2023, 58 s. Bakalářská práce. Policejní akademie České republiky v Praze. Fakulta bezpečnostního managementu. Vedoucí práce PhDr. Jitka Veselá, Ph. D.

SKUČKOVÁ, Martina. *Navazování spolupráce s týraným a zneužívaným dítětem*. Hradec Králové, 2015. 101 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Gabriela Slaninová

10 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Otázky k rozhovoru</i>	63
---	----

Příloha A

1. Jak dlouho pracujete v zařízení poskytující služby pro sociálně ohrožené děti/ sociálně ohrožené rodiny?
2. Které vývojové potřeby bývají u ohrožených dětí nenaplněné?
3. Používáte při své práci diagnostické nástroje? Pokud ano, jaké diagnostické nástroje používáte nejčastěji?
4. Dle čeho volíte diagnostický nástroj při své práci?
5. S jakými rizikovými faktory se setkáváte v rodinách/ prostředí, kde dítě vyrůstá?
6. S jakými projevy nevhodného chování se setkáváte v rodinách/ prostředí, kde dítě vyrůstá?
7. Jaké obranné či vyrovnávací strategie jsou nejběžnější u sociálně ohrožených dětí?
8. Máte ve své práci možnost dalšího sebevzdělání, pravidelné supervize či tematických kurzů? Jakých?