

Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě

Monika Turečková

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Turečková**
Osobní číslo: **H16152**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální práce a zdravotně sociální práce s ohroženými dětmi.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

GOTTEMOELLER, Megan. Inspire Handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children. Geneva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-151409-5.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. ISBN 97880262-0697-2.

PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK. Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi. Praha:

Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4317-2. TRUELLOVÁ, Iva, Eva VANÍČKOVÁ a Věra NOVOTNÁ. Včasná detekce dětí ohrožených násilím. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2016. ISBN 978-80-87347-27-0.

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

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Vaško
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

5. prosince 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. května 2019

Ve Zlíně dne 5. prosince 2018

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.
děkan

Mgr. Jana Doleželová
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně15.5.2019.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě, a to z pohledu praktických lékařů pro děti a dorost. Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje ohrožené dítě, multidisciplinární tým a jeho členy se zaměřením na činnost praktického lékaře pro děti a dorost a činnost orgánu sociálně právní ochrany dětí. V teoretické části práce jsou dále popsány metody práce používané při společném řešení situace ohroženého dítěte. Praktická část práce se soustřeďuje na analýzu dat. V rámci výzkumu je využita kvalitativní výzkumná strategie a metoda polostrukturovaných rozhovorů s vybranými praktickými lékaři pro děti a dorost.

Klíčová slova: ohrožené dítě, multidisciplinární tým, praktický lékař pro děti a dorost, orgán sociálně-právní ochrany dětí, sociální práce

ABSTRACT

The main aim of the Bachelor's thesis is to map the collaboration of a general practitioner for children and adolescents with an authority for the social and legal protection of children in addressing care for the endangered child. This is done from the general practitioners' point of view. The thesis is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part defines the endangered child, the multidisciplinary team and its members with the focus on the activities of a general practitioner for children and adolescents and on the activities of an authority for the social and legal protection of children. The theoretical part then describes co-operative methods of work used in addressing the situation of an endangered child. The practical part of the work focuses on data analysis. The research employs the qualitative research strategy and the method of semi-structured interviews with selected general practitioners for children and adolescents.

Keywords: endangered child, multidisciplinary team, general practitioner for children and adolescents, authority for the social and legal protection of children, social work

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Michaele Vaško, za metodickou pomoc a cenné rady a připomínky, které mi v průběhu zpracování této práce poskytla. Zvláštní poděkování náleží všem účastníkům našeho výzkumu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 OHROŽENÉ DÍTĚ	13
1.1 DEFINICE OHROŽENÉHO DÍTĚTE.....	13
1.2 OHROŽENÉ DÍTĚ A RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
1.3 TYPY OHROŽENÍ DÍTĚTE	16
1.3.1 Týraní	16
1.3.2 Zneužívání.....	18
1.3.3 Zanedbávání	18
1.4 ŘEŠENÍ SITUACE OHROŽENÉHO DÍTĚTE.....	19
2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PÉČI O OHROŽENÉ DÍTĚ.....	21
2.1 ŘEŠENÍ SITUACE OHROŽENÉHO DÍTĚTE MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMEM.....	22
2.2 ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	22
2.2.1 Orgán sociálně-právní ochrany dětí	22
2.2.2 Praktický lékař pro děti a dorost číslování	23
2.2.3 Policie.....	24
2.2.4 Škola a školní zařízení.....	24
2.2.5 Psycholog a ostatní členové	25
2.3 HODNOCENÍ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU	25
3 OHROŽENÉ DÍTĚ V PÉČI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	27
3.1 PREVENTIVNÍ PÉČE O DĚTI A DOROST	27
3.2 SOCIÁLNÍ SLOŽKA PRIMÁRNÍ PÉČE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST	28
3.2.1 Řešení problematiky podezření na ohrožené dítě v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost	28
4 OHROŽENÉ DÍTĚ V PÉČI ORGÁNU SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ	31
4.1 VYHODNOCOVÁNÍ POTŘEB OHROŽENÉHO DÍTĚTE ORGÁNEM SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ.....	31
4.1.1 Úvodní a komplexní vyhodnocování	32
4.1.2 Individuální plán ochrany dítěte.....	33
4.1.3 Případová konference.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 PŘÍPRAVA VÝZKUMU	38

5.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	38
5.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
5.3	DRUH VÝZKUMU	39
5.4	VÝZKUMNÝ VZOREK (A ZPŮSOB VÝBĚRU).....	39
5.5	METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	40
5.5.1	Realizace rozhovorů	41
6	ANALÝZA VÝZKUMU	43
6.1	VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ	44
6.1.1	Okolnosti navázání spolupráce.....	44
6.1.2	Průběh spolupráce	46
6.1.3	Forma a pravidla komunikace	49
6.1.4	Spolupráce nad rámec běžné péče.....	50
6.1.5	Hodnocení spolupráce	52
7	DISKUZE	55
	ZÁVĚR	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM TABULEK.....	71

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě. Ochrana dítěte, které se narodí jako bezbranný tvor, je jedno z témat, které tyto dvě instituce spojuje. Od svého narození je dítě plně v rukou pečující osoby a ke svému zdárnému vývoji ve všech oblastech potřebuje odpovídající podmínky pro život. Jedním z nebezpečí, které dítě může potkat, je situace, kdy zcela zásadní podmínky potřebné pro jeho život a vývoj nebudou naplňovány a jeho zdravý vývoj bude ohrožen. Taková situace si vyžaduje řešení, které je však v mnoha ohledech složité a náročné pro všechny strany. Z této skutečnosti plyne v praxi potřeba přistupovat k problematice ohroženého dítěte víceoborově. Na řešení situace ohroženého dítěte se tedy může podílet celá řada odborníků sdružujících se v týmu. Složení tohoto multidisciplinárního týmu se odvíjí od aktuálních potřeb, které vyplývají ze situace ohroženého dítěte. Nelze opomenout, že spolupráce orgánu sociálně-právní ochrany dětí a praktického lékaře pro děti a dorost se řadí dle objemu mezi významné a role praktického lékaře je při identifikaci a péči o ohrožené dítě nepostradatelná.

K výběru bakalářského tématu mne vedlo propojení oborů, které tato bakalářská práce nabízí a které koresponduje s mým profesním životem. Pracuji jako zdravotní sestra a zároveň působím jako dobrovolnice v organizaci HoSt Home-Start ČR, která je svou činností zaměřená na pomoc rodičům nebo osobám pečujícím o malé dítě ze sociálně znevýhodněného prostředí. V propojení zdravotního a sociálního rezortu vidím smysl, protože při řešení situace ohroženého dítěte nestačí jenom dobré nastavení jednoho z nich. Slovy Blažka a Velimského (2010, s. 165) „*je jistě vhodné a žádoucí sladit vzájemnou spolupráci a postupy PLDD a OSPOD v péči o ohrožené dítě.*“ Je na místě podotknout, že snaha o propojení obou rezortů probíhá již řadu let. Cílem bakalářské práce je proto poskytnout hlubší vhled do problematiky spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Bakalářská práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Úvodní kapitola teoretické části je věnována tématice ohroženého dítěte. Druhá kapitola popisuje roli multidisciplinárního týmu v péči o ohrožené dítě a představuje jednotlivé členy tohoto týmu. Další dvě kapitoly blíže popisují činnost praktického lékaře pro děti a dorost a činnost orgánu sociálně-právní ochrany dětí jakožto členů multidisciplinárního týmu v péči o ohrožené dítě. V praktické části bakalářské práce je popsána příprava a realizace výzkumu, jehož cílem je zmapovat spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí

pomocí kvalitativní výzkumné strategie, a to prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s praktickými lékaři pro děti a dorost.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OHROŽENÉ DÍTĚ

Problematika ohroženého dítěte je dlouhodobě sledované téma, avšak ani v současnosti nelze problematiku ohroženého dítěte podceňovat. Na základě reprezentativního šetření v 96 zemích světa ohledně rozšíření násilí na dětech je odhadováno, že celosvětově je násilí vystaveno každý rok až 1 miliarda dětí – více než polovina všech dětí ve věku 2-17 let. Navzdory takovému rozšíření násilí na dětech je tento jev často skrytý, nepozorovaný, nehlášený (Butchart a Hillis, 2016, s.106).

Z historie i současnosti je patrné, že všichni lidé nemají stejné podmínky a předpoklady ovlivnit okolnosti, které je v životě potkávají. I dnes ve vyspělé společnosti se setkáváme s řadou negativních faktorů, které zdravý vývoj dítěte v různých směrech ohrožují (Kukla, Velemínský sen. a Velemínský jun., 2016, s. 81). Květenská (2014, s. 72) upozorňuje na vliv biologických a dědičných činitelů, ale za nejvlivnější faktor působící na dítě v průběhu jeho dětství a dospívání označuje rodinu. Rodina a pečující osoby by měly v dostatečné míře zabezpečit základní potřeby dětí jako vhodná a přiměřená strava, pitný režim, vyhovující zdravotní podmínky, vhodné ubytování, oblečení. Důležitý je kladný postoj a podpora dítěte ve vzdělávání a vytvoření bezpečného, láskyplného zázemí a domova (Pemová a Ptáček, 2016, s. 90). Dle ústavních dokumentů většiny civilizovaných zemí má každý nárok žít plnohodnotný život. Proto je žádoucí odstraňovat nebo zmírňovat nerovnosti a nespravedlnosti, které se ovlivnit dají, obzvláště u dětí (Kukla, Velemínský sen. a Velemínský jun., 2016, s. 81). Zde je nezastupitelné místo všech, kteří se můžou podílet na ochraně dítěte, ať už je to rodina, blízcí lidé nebo instituce.

1.1 Definice ohroženého dítěte

Terminologie spojená s problematikou ohroženého dítěte není zcela sjednocená. Kovařík a Pazlarová (2013, s. 222) pod pojmem ohrožené dítě rozumí „*dítě, jehož život nebo zdraví jsou nějakým způsobem ohroženy*“ a zároveň se opírá o vymezení pojmu zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která definuje zdraví jako „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení*.“ Tato definice zdraví také zahrnuje „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život*“ (Břicháček, 1999, s. 29). Kukla et al. (2016, s. 177) považuje za ohrožené dítě „*takové, u něhož se jeho prostředí či podmínky života natolik odchýlily od normy, že mohou bezprostředně poškozovat jeho vývoj a začleňování do společnosti*.“ Zároveň zdůrazňuje, že je potřeba na

dítě nahlížet jako na osobnost a brát v úvahu také vývojové stádium, v němž se právě nachází.

Pojem ohrožené dítě definuje také právní norma našeho státu, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, kde jsou v § 6 rozepsány konkrétní situace, na které se vztahuje sociálně-právní ochrana dětí. Za ohrožené jsou považovány zejména děti:

- a) *„jejichž rodiče zemřeli, neplní povinnosti plynoucí z rodičovské odpovědnosti, nebo nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské odpovědnosti;*
- b) *které byly svěřeny do výchovy jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy;*
- c) *které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, jsou ohroženy závislostí, žijí se prostitutí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky podle zákona upravujícího přestupky nebo jinak ohrožují občanské soužití;*
- d) *které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte;*
- e) *na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu;*
- f) *které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umísťovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců;*
- g) *které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami;*
- h) *které jsou žadateli o udělení mezinárodní ochrany, azylanty nebo osobami požívajícími doplňkové ochrany, a které se na území České republiky nacházejí bez doprovodu rodičů nebo jiných osob odpovědných za jejich výchovu;“*

Výše uvedené skutečnosti jsou považovány za ohrožující, jestliže *„trvají po takovou dobu nebo jsou takové intenzity, že nepříznivě ovlivňují vývoj dětí nebo jsou anebo mohou být příčinou nepříznivého vývoje dětí“* (ČESKO, 1999).

1.2 Ohrožené dítě a rizikové faktory

Existuje celá řada rizikových faktorů, které ohrožují zdravý vývoj dítěte. Květenská (2014, s. 72) konstatuje, že poškozování dítěte mohou ovlivňovat různé okolnosti, avšak rodinu a blízké osoby považuje za nejvlivnější faktor působící na dítě v průběhu jeho dětství a dospívání.

Rizikové faktory na straně dítěte úzce souvisí s dítětem a jsou to faktory, které vychází z jeho vnější a vnitřní stránky. Dítě může nechtěně vzbudit pozornost v důsledku vzhledové, etnické, zdravotní či jiné odlišnosti. Oběťmi se také lehce stávají například děti nechtěné či vývojově retardované (Kovařík a Pazlarová, 2013, s. 224). Kovařík a Pazlarová (2013, s. 224) uvádí, že je potřeba si všimat i tzv. zvláštních potřeb některých ohrožených dětí. „*Jedná se o potřeby, které vyplývají z určité zvláštnosti nebo odlišnosti dítěte.*“ K pokrytí těchto potřeb je nutné zařadit do života dětí určité „*speciální opatření nebo postupy,*“ které se v konečném důsledku týkají blízkého i širšího okolí dítěte. Spektrum činností, které musí pečující osoby takto ohroženého dítěte zvládnout, je široké. Konkrétně se může jednat o schopnost zabezpečit dietní jídlo nebo zvládnání použití speciálních pomůcek pro děti se smyslovým nebo tělesným znevýhodněním (Pemová a Ptáček, 2016, s. 66). Chování dětí s rizikovými faktory může být pro některé dospělé osoby provokující, nepřehledné a porozumění některým signálům a potřebám obtížné. Obzvláště vyčerpávající je péče o děti trpící závažnou nemocí, syndromem hyperaktivity nebo děti temperamentní (Vágnerová, 2008, s. 595).

Rizikové faktory vycházející z prostředí jsou považovány za nejvlivnější. Dítě tedy nejvíce formuje sociální prostředí a rodina (Kukla et al., 2016, s. 177). Značnou část života je dítě zcela odkázané na rodiče nebo jiné pečující osoby ve svém okolí, které jsou odpovědné za pokrytí jeho základních životních potřeb. Způsob péče o dítě se přenáší do dalšího života v pozitivní i negativní rovině (Kovařík a Pazlarová, 2013, s. 224). Život dítěte významně ovlivňují okolnosti jako nepříznivý zdravotní stav rodičů, osobnost mladá, nevyzrálá, narušená nebo závislá. Velmi stresující jsou časté spory, neshody a násilí v rodině (Kovařík a Pazlarová, 2013, s. 235). Dítě mohou ohrožovat rodiče, kteří nedovedou dostatečně zvládat svoje emoce, jsou citově chladní nebo násilničtí. Ohrožující je i péče rodičů, kteří jsou bezohledně zaměřeni na sebe a dítě je pro ně obtíž nebo si kompenzují na dítěti svoje pocity méněcennosti a nejistoty. Násilí v rodině nebo jakékoliv nevhodné chování k dítěti je pro dítě traumatizující obzvláště, když se tyto události dějí opakovaně. Dítě situaci nedokáže

porozumět a může se stát, že bude trpět pocity viny. Traumatizace dítěte zanechává na dětské psychice následky, které mohou být zdrojem pozdějších problémů (Úlehlová, 2009, s. 87-88).

V nelehké situaci se nachází i děti, na které jsou kladeny vysoké nároky a které v nějakém ohledu nedokáží očekávání svých rodičů naplnit. Dítě může dále ohrožovat cizí osoba nebo děti ze stejné vrstevnické skupiny (Vágnerová, 2008, s. 594-596).

1.3 Typy ohrožení dítěte

Týrání, zneužívání a zanedbávání jsou považovány za významné typy ohrožení dítěte. Dunovský (1995, s. 24) definuje tyto jevy jako „*jakékoliv nenáhodné, preventabilní, vědomé (případně i nevědomé) jednání rodiče, vychovatele anebo jiné osoby vůči dítěti, jež je v dané společnosti nepřijatelné nebo odmítané a jež poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě způsobuje jeho smrt.*“ Týrání, zneužívání a zanedbávání je v naší společnosti věnována značná pozornost. Tyto jevy jsou souhrnně nazvány syndromem Child Abuse and Neglect a běžně se uvádí pod zkratkou CAN (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 282). Jednotlivé formy syndromu CAN zasahují život dítěte skrze fyzické a psychické týrání, sexuální zneužívání a zanedbávání (Štěpaník, 2017, s. 21-22).

1.3.1 Týrání

Jakákoliv forma týrání je velmi závažná a pro dítě zatěžující. Negativně ovlivňuje a poškozuje jeho vývoj. Obzvláště znepokojující je skutečnost, že osoby, které by měly o dítě pečovat, poskytovat mu zázemí a podmínky pro radostné, plnohodnotné dětství, tak nečiní. Mezi okolnosti, které ovlivňují míru poškození dítěte, patří věk, délka zátěže nebo závislost na pečující osobě. Čím je dítě mladší, tím je riziko psychického i somatického poškození větší, je více narušeno emoční prožívání, způsob uvažování i sebehodnocení. Dítě zatížené týráním může být nesoustředěné a provází ho problémy s učením. Týrané dítě se v dospělosti může potýkat se ztrátou schopnosti porozumět mezilidským vztahům. S největší pravděpodobností svoje životní zkušenosti uplatní i ve výchově svých vlastních dětí a není jim tak schopno poskytnout dostatečně zdravé a podnětné prostředí. Nevhodné vzorce chování se tak přenáší na další generaci (Vágnerová, 2008, s. 611-617).

Tělesné týrání může mít rozmanité, velmi kruté a bolestivé formy. Jde především o násilí, kde silnější jedinec zneužívá svoji fyzickou převahu. K fyzickému trestání může docházet

bitím rukou nebo za použití různých předmětů, které zanechávají na těle dítěte hematomy, odřeniny, tržné rány nebo různě lokalizované zlomeniny. Záměrné popálení, dušení, topení nebo třesení dítětem jsou další, ne zcela běžné, ale v populaci se vyskytující formy fyzického ubližování dítěti (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 282-283). Na rozdíl od některých jiných forem špatného zacházení s dítětem jsou důsledky fyzického týrání v praxi snáze a dříve rozpoznatelné. Přispívá k tomu i vhodná osvěta v řadách pedagogů a dalších pomáhajících profesí. Tělesné ubližování a týrání mívá i přesto velice závažné důsledky pro psychický vývoj dítěte (Štěpaník, 2017, s. 22).

Psychické týrání je způsob ubližování bez použití fyzického násilí. Na dítě je vyvíjen psychický tlak skrze formy chování jako pohrdání, ponižování nebo zastrasování. Dítě může být okolnostmi donuceno k izolaci, k požívání návykových látek nebo k jinému společensky nepřijatelnému chování (Hart a Bassard, 1991 in Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 283).

Do skupiny psychických forem týrání řadíme také absenci nebo nedostatek emoční opory (Hart a Bassard, 1991 in Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 283). Strádání a vyrůstání v citově chudém nebo málo podnětném prostředí je souhrnně nazváno **deprivace**. Významně ovlivňuje osobnost dítěte a způsobuje změny v jeho prožívání, myšlení a chování. Zkušenost s deprivací snižuje schopnost a dovednost dítěte bezproblémově uspět ve společnosti (Vágnerová, 2008, s. 597). Mírnější, ale zato hůře rozpoznatelná forma psychického týrání je tzv. citová **subdeprivace**. Je to situace, kdy je dítě dobře materiálně zabezpečeno, ale nejsou pokryté jeho citové potřeby (Vágnerová, 2008, s. 603).

Mezi neobvyklé formy týrání patří tzv. **sekundární viktimizace**, která vzniká v důsledku nešetřného, případně opakovaného vyšetřování okolností spojených s týráním, zneužíváním a zanedbáváním. Dítě je tak zbytečně psychicky zatěžováno a poškozováno. Ne zcela ojedinělou formou tělesného i psychického týrání je **Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení)**. Je to situace, kdy rodič, častěji matka, záměrně navozuje a zveličuje zdravotní problémy dítěte. Dítě pak zbytečně podstupuje různé odběry a náročné vyšetření. Dospělá osoba na sebe tímto způsobem upozorňuje, vědomě poškozuje zdraví dítěte a zneužívá ho k řešení svých problémů (Kukla a Schneiberg, 2016, s. 377-378; Langmeier a Krejčířová, 2006, 283-284).

1.3.2 Zneužívání

Zneužívání je možné charakterizovat jako využívání vlastní převahy v oblasti společenské, rozumové nebo fyzické. V důsledku závislosti na svém okolí patří děti mezi nejvíce zranitelné a zneužívané oběti (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 284).

Obzvláště citlivým tématem je sexuální zneužívání dětí. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 285) charakterizují tento způsob nevhodného chování jako „*nepatřičné vystavení dítěte sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování – ať už formou dotykovou (pohlavním stykem, orálním či análním sexem, láskáním pohlavních orgánů), nebo bezdotykovou (zneužití exhibicionisty, přihlížení sexuálními aktivitám, pornografickým videozáznamům apod.)*.“

Vágnerová (2008, s. 596) uvádí, že větší riziko sexuálního zneužívání hrozí dítěti v početnější dysfunkční rodině nebo v rodině, kde je vytvořený atypický rodičovský vztah mezi dítětem a nebiologickým rodičem. Nejčastěji se v této vztahové pozici nachází partner matky. Muži jsou tedy označováni za častější aktéry v oblasti sexuálního zneužívání. Objekty sexuálního násilí jsou zejména dívky, ale také děti, které se nemůžou dostatečně bránit. Jedná se především o děti mentálně nebo jinak znevýhodněné. Sexuálními aktivitám, kterým jsou děti vystavovány, nejsou schopny porozumět a plnohodnotně tak vyjádřit svoje stanovisko (Muntau, 2014, s. 562).

Za častou formu zneužívání je považována manipulace s dítětem v období rozvodu. Dítě je vtahováno rodiči do konfliktů, je vystavováno nepřiměřené zátěži v podobě přenášení rodičovských povinností na dítě nebo je okolnostmi donuceno do hraní jiných nevhodných rolí (Matoušek, 2015, s. 27).

1.3.3 Zanedbávání

Zanedbávání je v současné době považováno za nejčastější formu ohrožení dítěte (Pemová a Ptáček, 2016, s. 25) a bývá generačně opakovanou záležitostí (Konvičková, 2011, s. 38). Může probíhat velmi nenápadně a bez významného povšimnutí okolí. Je těžko identifikovatelné a reálná možnost odhalení může nastat pouze vnímavým přístupem profesionálů v systému školství, v oblasti sociální péče nebo ve zdravotnictví (Pemová a Ptáček, 2016, s. 8). Definovat zanedbávání není zcela jednoduché. Náhled na zanedbávání formuje kultura a ekonomické, právní a sociální podmínky v dané oblasti. Je však potřeba zdůraznit, že zanedbávání je vždy spojováno s nevhodným chováním rodičů a osob, které se o dítě starají (Pemová a Ptáček, 2016, s. 26). Pemová a Ptáček (2012, s. 34) uvádí, že za zanedbávání lze

považovat „*takové chování osoby odpovědné za péči o dítě, které překračuje nebo nedosahuje společností formálně (zákonně) i neformálně (zvykově) definovaná pravidla řádné péče a výchovy dítěte. Zanedbávání můžeme definovat jako situaci, kdy potřeby dítěte nejsou adekvátně uspokojovány, což vede k ohrožení jeho života, zdraví nebo vývoje.*“ Zanedbávání se většinou vyskytuje v kombinaci s jinými formami ohrožení dítěte.

Fyzické zanedbávání je nejspíše odhalitelnou formou zanedbávání. Může být spojeno s ohrožením zdraví nebo dokonce života dítěte. Rozpoznání fyzického zanedbávání je většinou v kompetenci pediatrů nebo jiných lékařů. Dítě se může ocitnout v ordinaci v důsledku zdravotního zanedbávání a bezdůvodného odsouzení odborného, například stomatologického vyšetření. Za zanedbávání se považuje i ignorování očkování. Vážně ohrožující pro dítě může být nedostatečný dohled, zanedbání výživy, nedodržování diety, nevhodné oblékání a obouvání či nevyhovující podmínky pro bydlení (Pemová a Ptáček, 2016, s. 90-100).

Vývojové zanedbávání a zanedbávání vzdělání neohrožuje dítě přímo na životě, avšak ztěžuje mu začlenění do společnosti. Od dosažené úrovně vzdělání se odvíjí i další možnosti uplatnění v pracovním i osobním životě. Je tedy důležité nepodceňovat tuto oblast života a pátrat po důvodech případné časté absence dítěte ve škole (Pemová a Ptáček, 2016, s. 103).

Emoční zanedbávání popisuje Pemová a Ptáček (2016, s. 107-109) v souvislosti s deprivací, subdeprivací a dalšími jevy. Do této kategorie zanedbávání spadá i rodičovské přehlížení skutečnosti, že dítě nebo mladistvá osoba požívá drogy, alkohol nebo páchá trestný čin. Zanedbávání se vyskytuje obvykle v souvislosti s chudobou a obecně nevhodným sociálním zázemím rodiny (Konvičková, 2011, s. 39). Při posuzování zanedbávání je potřeba zohlednit i další parametry, jako je věk dítěte, závažnost, četnost a doba trvání. To jsou parametry, které mají významný vliv na příčiny i důsledky zanedbávání s krátkodobým i dlouhodobým účinkem. Existuje celá škála vzájemně provázaných dopadů, které není zcela možné charakterizovat odděleně (Pemová a Ptáček, 2016, s. 71).

1.4 Řešení situace ohroženého dítěte

Nevhodné zacházení s dítětem, ohrožování jeho zdraví a vývoje by nemělo být nikomu lhostejné. Pro laickou veřejnost může být obtížné spolehlivě posoudit a vyhodnotit nevhodné chování dospělých jedinců v okruhu ohrožených dětí. Veřejnost je však důležitým partnerem pro spolupráci s odborníky. Vhodná systematická osvěta veřejnosti, prohlubování znalostí,

vzdělávání odborníků a posilování pozice orgánu sociálně-právní ochrany dětí by mohly vést k účelnější identifikaci ohroženého dítěte (Pemová a Ptáček, 2012, s. 51).

Obzvláště od profesionálů pracujících v institucích jako škola a školní zařízení, zdravotnická zařízení, případně jiná zařízení, kde se vyskytují děti, se očekává, že využijí **oznamovací povinnost**, která je závazná a bezodkladná. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, § 7 definuje, že:

„(1) Každý je oprávněn upozornit na závadné chování dětí jejich rodiče.

(2) Každý je oprávněn upozornit orgán sociálně-právní ochrany na porušení povinností nebo zneužití práv vyplývajících z rodičovské odpovědnosti, na skutečnost, že rodiče nemohou plnit povinnosti vyplývající z rodičovské odpovědnosti, nebo na skutečnosti uvedené v § 6“ (§ 6 viz. 1.1) (ČESKO, 1999).

Oznámení skutečnosti týkající se podezření na ohrožené dítě může být provedeno různými formami, nejčastěji osobně nebo telefonicky na policii, případně orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Přijatou informaci je nutné ověřit a v další fázi doplnit o stěžejní informace, které jsou důležité pro zvolení dalšího postupu (Pemová a Ptáček, 2012, s. 52-54). Oznámením ohrožení dítěte do systému sociálně-právní ochrany dětí se rozběhne celá řada opatření a jsou jasně určena pravidla dalšího postupu. Je určena odpovědná osoba za řešení případu a dále je pečlivě zvážen způsob předávání informací (Pemová a Ptáček, 2016, s. 122).

Situaci ohroženého dítěte a rodiny je nutné spolehlivě vyhodnotit. Shromáždění dostatku informací je natolik komplexní záležitost, že vyžaduje zapojení a podporu vícero subjektů (Vaculíková, 2014, s. 37), zasahuje do různých oblastí a odpovědnost za řešení je sdílená, multioborová (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 38). Kovařík a Pazlarová (2013, s. 241) konstatují, že *„nelze posuzovat dítě jako jednotlivce vytrženého z kontextu, neboť u dětí jsou jejich nejbližší a prostředí, v němž vyrůstají, významným faktorem, který ovlivňuje jejich vývoj a budoucnost.“*

2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V PÉČI O OHROŽENÉ DÍTĚ

Chceme-li se zabývat péčí o ohrožené dítě v oblasti sociálně-právní ochrany dětí, pomoc musí být orientovaná na celou rodinu, která bývá obvykle zatížena vícero problémy. Je žádoucí, aby pohled na situaci dítěte a rodiny byl komplexní. Splnění tohoto požadavku umožňuje multidisciplinární tým (Matoušková a Vrabcová, 2015, s. 21). Pomoc dítěti i jeho rodině se tak může uskutečnit skrze týmovou spolupráci (Bechyňová, 2014, s. 14).

Pod pojmem tým rozumí Kolajová (2006, s. 12-15) skupinu více osob, kteří navzájem spolupracují, respektují určitá pravidla a mají společný cíl, za který nesou odpovědnost. Týmová práce má výhody, je efektivnější než práce jednotlivce. Každý člen týmu přináší do skupiny svoje zkušenosti, odbornost, názory. Za předpokladu, že je ve skupině příznivá pracovní atmosféra, vzniká zde prostor pro účelnou výměnu názorů, znalostí a zkušeností, čímž se zvyšuje pravděpodobnost vyřešení problému ve prospěch zadaného cíle (Kolajová 2006, s. 12-15). V sociálních službách jednotliví členové týmu zastupují vybrané profesní obory a jejich spolupráci najdeme v literatuře označenou termíny jako „*multidisciplinární, multioborová, mezioborová či mezisektorová*“ (Bradáčová, 2015, s. 4).

V oblasti sociální práce můžou pracovat různé typy multidisciplinárních týmů s odlišným složením i náplní. Matoušková a Vrabcová (2015, s. 21) uvádí tři následující typy multidisciplinárního týmu:

- a) „*výkonný multidisciplinární tým (např. Cochemský model, případová konference či systém včasné intervence, tým pro děti a mládež);*
- b) *koordináční multidisciplinární tým (např. komise pro SPOD);*
- c) *strategický či koncepční multidisciplinární tým (např. komunitní plánování sociálních služeb).“*

Realizace a funkčnost multidisciplinárního týmu je závislá na určitých podmínkách. Některé faktory práci v týmu ulehčují nebo naopak znesnadňují. Pro dobré fungování týmu by měl být jasně stanoven cíl, zaměření, vedení týmu, obsazení týmu, časové vymezení, priority, vazby a garant týmu. Musí být definován jasný způsob kontroly a vyhodnocování činnosti týmu, dále pravomoci a odpovědnost jednotlivých členů (Matoušková a Vrabcová, 2015, s. 21).

Podstatou mezioborové spolupráce je také účelná a dobře fungující komunikace mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu, kde jsou jasně stanovena pravidla s důrazem na

profesionalitu a vynikající orientaci ve svém oboru (Jankovský, 2015, s. 9). Kromě přímé a otevřené komunikace je vhodné mezi členy týmu uplatňovat aktivní naslouchání a konstruktivní kritiku (Michelová, 2015, s. 46).

2.1 Řešení situace ohroženého dítěte multidisciplinárním týmem

Multidisciplinární tým se snaží o nalezení vhodného řešení pro dítě i rodinu (Bradáčová, 2015, s. 4) a zároveň usiluje o zabezpečení účinnější ochrany pro dítě (Bechyňová et al., 2015, s. 10). Bechyňová (2014, s. 14) považuje za zásadní následující cíle: „ochrana/bezpečí dítěte, zájem, naplnění potřeb, posílení rodiny, podpora trvalých vztahů.“

Efektivní řešení situace ohroženého dítěte je podmíněno kvalitním a účelným vyhodnocením situace. V praxi se osvědčil a jeví se jako nejúčelnější multidisciplinární diagnostický přístup, který vyhodnocuje „*individuální situaci dítěte, míru jeho bezpečí v rodině, kvalitu vztahu rodič-dítě i celkovou situaci v rodině*“ (Konvičková, 2011, s. 43). Kovařík a Pazlarová (2013, s. 223) konstatují, že „*posouzení situace dítěte je záležitost složitá a náročná. Jedná se o komplexní problematiku, při jejímž řešení se sociální pracovník neobejde bez spolupráce a pomoci dalších odborníků.*“ Pro vytvoření stanoviska je potřeba zajistit spolupráci pediatra a dětského psychologa, potřebná je též spolupráce dalších specialistů, například z oboru dětské neurologie, psychiatrie, foniatry či logopedie a dle potřeby i další profese z oboru zdravotnictví (Kovařík a Pazlarová, 2013, s. 223). Na vyhodnocení situace ohroženého dítěte se dále může podílet policie, pedagogičtí pracovníci a zaměstnanci služeb, kteří přicházejí do kontaktu s dětmi v nízkoprahových zařízeních, krizových centrech apod. Jednotliví odborníci volí svůj přístup dle svých kompetencí a možností (Bechyňová et al., 2015, s. 14).

2.2 Členové multidisciplinárního týmu

2.2.1 Orgán sociálně-právní ochrany dětí

Pracovníci sociálně-právní ochrany dětí jsou klíčovým členem multidisciplinárního týmu (Bradáčová, 2015, s. 6). Mají zákonnou povinnost získávat a shromažďovat informace týkající se ohrožených dětí (Bechyňová, 2011, s. 89). Je to i jeden ze způsobů identifikace ohroženého dítěte, který jim nabízí znalost území, ve kterém se profesně pohybují. Splnění oznamovací povinnosti jiných subjektů je další možnost, jak se informace ohledně

nepříznivé situace dítěte může dostat do povědomí orgánu sociálně-právní ochrany dětí (Bechyňová et al., 2015, s. 14).

Jako člen multidisciplinárního týmu se pracovník sociálně-právní ochrany dětí obvykle dostává do role svolavatele, koordinátora nebo zastává obě role současně, což je pro tuto instituci výhodné (Bechyňová, 2011, s. 91).

V rámci multidisciplinárního týmu orgán sociálně-právní ochrany dětí vyhodnocuje situaci ohroženého dítěte a jeho rodiny. Na základě informací získaných ze šetření v rodině, ze zdravotnického zařízení, od policie, ze školy a dalších institucí realizuje orgán sociálně-právní ochrany dětí případovou konferenci a sestavuje individuální plán dítěte (Bechyňová et al., 2015, s. 17-19).

2.2.2 Praktický lékař pro děti a dorost číslování

Role praktického lékaře pro děti a dorost je v multidisciplinárním týmu velmi důležitá. V porovnání s jinými subjekty, se kterými v rámci péče o dítě přichází orgán sociálně-právní ochrany dětí do kontaktu, je komunikace s lékařem intenzivnější. Jeho postavení a pracovní vztah mu umožňuje rodinu a poměry v ní lépe poznat, je lépe informovaný a jeho úsudek je žádán (Bradáčová, 2015, s. 18). Důležitá je spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost také s ostatními členy multidisciplinárního týmu (Cimrmannová, 2013, s. 115).

Ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí bývá praktický lékař pro děti a dorost kontaktován a žádán o součinnost nebo o zprávu v případě nedostatečné péče o dítě, nebo když orgán sociálně-právní ochrany dětí získá poznatky o týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte ze třetí strany a potřebuje tyto informace prověřit (Bradáčová, 2015, s. 18).

Lékař může požádat orgán sociálně-právní ochrany dětí o pomoc v případě, že rodiče dítěte nespolupracují, nedochází na pravidelné preventivní prohlídky nebo očkování, dále když lékař vyhodnotí péči rodičů jako zanedbávání, týrání či zneužívání nebo když lékař pojme podezření, že rodiče nejsou schopni dostatečně pečovat o dítě z důvodu závislosti na návykových látkách nebo v důsledku závažné nemoci (Bradáčová, 2015, s. 17-19).

Praktický lékař pro děti a dorost tvoří významný článek v prevenci domácího násilí a jeho odhalování v oblasti zdravotnictví. Cenná je jeho zkušenost i odborná rada. Právě lékař může být první odborník, který ve své ordinaci narazí na týrání nebo zanedbávání a je na tyto situace prakticky i teoreticky vybaven. Klíčovou roli hraje identifikace a následné zaevidování do dokumentace. Zdravotní záznamy můžou posloužit jako důkazný materiál. Iniciativa

praktického lékaře může efektivně posunout řešení vleklé, těžko přehledné situace. Obzvláště důležitá je rozvaha a pomoc lékaře v akutních případech ohrožení (Cimrmanová, 2013, s. 115). Předností je, že lékař mívá ve své péči dítě již od narození a má tedy představu o poměrech a situaci, která v rodině panuje (Bradáčová, 2015, s. 18). Dalšími výhodami je, že lékař nebývá zatížen předsudky, je důvěryhodný a jeho rada je ve společnosti ceněná a respektovaná (Cimrmanová, 2013, s. 115).

2.2.3 Policie

Policie a subjekty jako **státní zastupitelství** a **soudy** jsou nepostradatelným partnerem při spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. *„Zejména policie ČR při své činnosti velmi často získává zcela zásadní informace, které jsou nedocentitelné při práci s rodinou a při stanovování nejvhodnějšího postupu při ochraně zájmů dítěte“* (Bradáčová, 2015, s. 23). Vzájemná spolupráce je ukotvena v zákoně 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí v § 53 odst. 1 písm. a), který se týká povinnosti ohledně sdělování potřebných údajů nebo v § 10 odst. 4, který se týká oznamovací povinnosti (Bradáčová, 2015, s. 23).

2.2.4 Škola a školní zařízení

Školu, školní zařízení a orgán sociálně-právní ochrany dětí spojuje zájem o dítě. Cimrmanová a Stretti (2013, s. 167) konstatují, že *„škola má kromě výchovné a vzdělávací funkce také funkci ochrannou.“* Pedagog ve školních institucích přichází do styku s žákem nebo studentem, jeho sourozenci a také s rodiči. Může tak lépe vypořádat poměry v rodině a případné změny v chování či vzhledu dítěte (Bradáčová, 2015, s. 14), které tráví poměrně dost času ve škole a v dalších školních zařízeních. Každý pedagog si povšimne, že se dítě najednou projevuje nezvykle, je náladově nestálé, agresivní nebo naopak skleslé, nevěnuje pozornost dřívějším zálibám, straní se kolektivu. Nápadná je nestandardní nesoustředěnost či výrazně kolísavý výkon dítěte, který se může odrazit na jeho prospěchu. Pedagoga mohou upoutat zdravotní potíže, které se můžou promítat skrze širokou škálu somatických příznaků. Nepřehlédnutelné jsou hematomy jako důsledky nepřiměřeného fyzického trestání a dále úbytek na váze jako důsledek zanedbávání v oblasti stravování nebo poruchy příjmu potravy (Cimrmanová a Stretti, 2013, s. 173). V případě, že je mezi dítětem a pedagogem vytvořen důvěryhodný vztah, obzvláště v krizových situacích v něm dítě může hledat oporu a svěřit se mu (Cimrmanová a Stretti, 2013, s. 167).

Školní instituce jsou tedy důležitým zdrojem informací ohledně situace dítěte a spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí je častá. Důvodů pro vzájemnou komunikaci může být několik. Škola nebo školní zařízení kontaktuje orgán sociálně-právní ochrany dětí z důvodu početné neomluvené absence dítěte, dále když má dítě velké množství omluvené absence a rodiče nespolupracují se školou. Dalším důvodem pro kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí ze strany školy nebo školního zařízení je podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte. Naopak pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí kontaktuje školu, když je žádoucí udělat pohovor s dítětem a také v případě výrazných výchovných problémů, které nevykazují tendenci ke zlepšování. Škola může přistoupit k řešení výše uvedených problémů dětí uspořádáním případové konference, na kterou přizve zástupce orgánu sociálně-právní ochrany dětí (Bradáčová, 2015, s. 14).

2.2.5 Psycholog a ostatní členové

Účast psychologa v týmu pozitivně ovlivňuje multidisciplinární spolupráci a průběh událostí případové konference. Psycholog je zaměřený na postoje jednotlivých členů, na objasnění a propojení vzájemných vztahových vazeb jednak mezi klienty a členy týmu a také mezi jednotlivými členy týmu navzájem (Bechyňová, 2012, s. 48). Ve školních zařízeních hraje důležitou roli školní psycholog, který pokrývá poradenskou činnost na půdě školy a je také vybaven pro krizovou intervenci v případě potřeby (Cimrmannová a Stretti, 2013, s. 171).

Psychologie se jako obor významně podílí na vyhledávání, diagnostikování a nápravě rizik vyplývajících ze sociálního prostředí. Okolnosti, za kterých se rizika vyskytují, ovlivňují psychický vývoj. Je proto důležité je sledovat a věnovat jim příčinnou pozornost (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 281).

Orgán sociálně-právní ochrany dětí může spolupracovat i s jinými subjekty, například s obecními úřady a obcemi samostatné působnosti, se státním zastupitelstvím a soudy (Bradáčová, 2015, s. 19-23). Dalšími partnery orgánu sociálně-právní ochrany dětí mohou být dětská centra, diagnostické ústavy, dětské domovy a také nestátní organizace, které se zabývají péčí o ohrožené děti (Matoušek, 2016, s. 45).

2.3 Hodnocení multidisciplinárního týmu

Z činnosti účelného a funkčního multidisciplinárního týmu můžou těžit nejenom členové týmu, ale v první řadě uživatel, pro kterého jsou dané služby určeny. Díky snaze a schopnosti

týmové spolupráce může být poskytnutá péče pro dítě a rodinu pokryta odborně, jednotně, bez zbytečných neefektivních kroků (Michelová, 2015, s. 52). Výhodou multidisciplinárního týmu je, že jeho členové jsou v bližším osobním kontaktu, vzájemně se obohacují, radí si a konzultují. Předávání informací je tak účelnější a časově méně náročné (Bechyňová et al., 2015, s. 10).

Michelová (2015, s. 49) se zaměřuje i na momenty, ve kterých práce v multidisciplinárním týmu nemusí být jednoduchá. Každý člen týmu pracuje samostatně, v rámci obsahu své profese a přes všechna opatření, která jsou v týmu nastavena, můžou díky profesním a lidským rozdílnostem nastat názorové neshody a nesoulad. Řešení těchto komplikovaných situací, které můžou v multidisciplinárním týmu nastat, nabízí supervize týmu, která *„napomáhá reflexi vzájemných vztahů pomáhajících profesionálů, prevenci problematkové spolupráce, nalezení a udržení prostoru pro otevřenou komunikaci, efektivní součinnost i nalézání řešení případů tak, aby tato témata mohla být v prostředí skupinových supervizí bezpečně otevřeně sdílená všemi členy multidisciplinárních týmů.“*

3 OHROŽENÉ DÍTĚ V PÉČI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST

Zdraví ve velké míře ovlivňuje náš život a jeho kvalitu. Postoj ke zdraví se formuje v průběhu života a je chápán jako proces, který ovlivňuje každý člověk sám svým jednáním (Kukla a Schneiberg, 2016, s. 9). Zdraví dítěte a jeho tělesný i psychický vývoj jsou však v rukou rodičů, kteří svým životním stylem dítěti předávají zdraví podporující návyky i návyky, které zdraví neprospívají (Kukla a Velemínský sen. a Velemínský jun., 2016, s. 60). Břicháček (1999, s. 30) spatřuje podstatu zdraví dítěte ve funkční rodině, která je ovlivňována vzájemnými vztahy mezi členy blízké i širší rodiny. Nefunkční rodina dítě ohrožuje a obnova její funkce se neobejde bez cílené spolupráce odborníků z řad lékařů, sociálních pracovníků, pedagogů a dalších specialistů.

3.1 Preventivní péče o děti a dorost

V České republice se rok 1989 stal přelomovým rokem v oblasti dětského lékařství. V praxi začal působit praktický lékař pro děti a dorost tak, jak ho známe v dnešní podobě (Dunovský, 1999, s. 17). Seifert a Čeledová (2012, s. 17) charakterizují praktického lékaře pro děti a dorost jako lékaře specializovaného „v oboru *Praktické lékařství pro děti a dorost, který poskytuje osobní, primární akutní a kontinuální léčebně preventivní péči registrovaným osobám do 19 let. Získání kvalifikace je podmíněné absolvováním specializační přípravy a složením atestační zkoušky.*“

Primární preventivní péče je poskytována skrze plánované prohlídky, při kterých praktický lékař pro děti a dorost sleduje „*somatický, psychomotorický, kognitivní i sociální vývoj*“ (Muntau, 2014, s. 549). Zdravotní stav každého dítěte je sledován již od narození. Při propuštění z porodnice obdrží rodiče Zdravotní a očkovací průkaz dítěte a mladistvého, kde rodiče najdou poučení a informace, které se týkají vývoje dítěte, záznamy lékaře o očkování, alergiích, úrazech a také zdravotních změnách. Tyto informace mohou být důležité v situaci, kdy se dítě ocitne v péči jiného lékaře (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 135-136). Součástí péče praktického lékaře pro děti a dorost jsou návštěvy domácího prostředí dítěte. Nutno ale podotknout, že dnes již nejsou tak běžné. V případě podezření na ohrožené dítě mohou být zdrojem cenných informací (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 24). Sekundární pediatriká péče je poskytována v nemocnicích v rámci dětského lůžkového oddělení regionálních nemocnic. Terciární pediatriká péče je zajišťována prostřednictvím

specializovaných pediatrických pracovišť ve fakultních nebo univerzitních nemocnicích (Muntau, 2014, s. 549).

3.2 Sociální složka primární péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Dle Matouška a Pazlarové (2014, s. 135) je systém preventivní zdravotní péče v České republice dobře nastavený a v případě potřeby může posloužit jako dobrý zdroj informací ohledně zdravotního stavu dítěte. Absence preventivních prohlídek a chybějící záznamy můžou nasvědčovat pochybení v péči o dítě a vyžadují pozornost. Tyto situace můžou nastat, když osoba pečující o dítě nepřikládá význam lékařské preventivní péči nebo je nakloněná alternativnímu způsobu života a klasickou medicínu nepovažuje za důležitou. Dalším důvodem absence preventivních prohlídek může být neschopnost ze strany pečující osoby na preventivní prohlídky docházet. Za alarmující jsou též považovány situace, kdy se osoba pečující o dítě vyhýbá komunikaci nebo záměrně lékaře pro děti a dorost střídá. Takový přístup vzbuzuje podezření, že v rodině není něco v pořádku (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 136-137). Kukla et al. (2016, s. 177) uvádí, že pozornost lékaře pro děti a dorost by měla být dále zaměřená „na děti ohrožené prostředím, ty, které vyrůstají v problémových, dysfunkčních a afunkčních rodinách, děti s poruchami chování, sociální maladaptací, sociálními, či anti-sociálními projevy, děti týrané, zneužívané, zanedbávané, s nejrůznějšími formami postižení, žijící mimo vlastní rodinu, děti segregované, jiných etnik atd.“

Ohrožené dítě by mělo podléhat dispenzární péči (Kukla et al., 2016, s. 177). Četnost dispenzárních prohlídek se odvíjí od zdravotního stavu dítěte. Dítě ohrožené sociálním prostředím by mělo být praktickým lékařem pro děti a dorost zkontrolováno nejméně jedenkrát ročně. Zkušenost v praxi je však taková, že se rodiče dispenzární péči vyhýbají (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 16).

3.2.1 Řešení problematiky podezření na ohrožené dítě v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost

Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodické pokyny, které můžou být vodítkem pro lékaře v situaci, kdy pojme podezření, že je dítě ohroženo. Jedná se o publikace Věstník 3/2008 a Věstník 6/2008. Věstník 3/2008 obsahuje pokyny, které je možné uplatnit při podezření na týrání, zneužívání či zanedbávání. Věstník 6/2008 obsahuje pokyny, kterými se lze řídit

při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým násilím (Cimrmannová, 2013, s. 119-120).

Při diagnostice týrání, zanedbávání a zneužívání je uplatňován klasický diagnostický postup, jako je užívaný v dětském lékařství (Kukla a Schneiberg, 2016, s. 379). Diagnostika je náročná ve všech směrech a pro lékaře je nezbytná spolupráce s dalšími odborníky, například s psychologem, policií, s orgánem sociálně-právní ochrany dětí a dalšími (Kukla a Schneiberg, 2016, s. 379). Z pohledu dostupnosti všech kroků, které jsou potřeba učinit při diagnostice špatného zacházení s dítětem, se jeví jako nejlepší hospitalizace dítěte na lůžkovém oddělení dětské nemocnice (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 40). V souvislosti s vyšetřením ohroženého dítěte je zavedený následující postup: „*odběr/zjištění anamnézy, provedení fyzikálního a dalších vyšetření, stanovení závěru léčby, provedení záznamu do zdravotnické dokumentace, provedení následných opatření*“ (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 16).

Anamnéza prováděná cíleně kvůli potvrzení ohrožení a zjišťování okolností vzniku problémů, které jsou důvodem podezření, má jiný průběh než anamnéza v rámci preventivní prohlídky. Dobře odebraná anamnéza může být velmi kvalitním základem pro potvrzení diagnózy. Avšak na informace zjištěné od dítěte v průběhu anamnézy nelze zcela spoléhat. Při komunikaci s ohroženým dítětem je dále potřeba si počínat obezřetně z důvodu hrozby sekundární viktimizace. Není jednoduchá ani komunikace s rodiči. V dnešní době promyšleně zvažují, které informace sdělí praktickému lékaři pro děti a dorost a které si ponechají pro sebe (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 17). Je však důležité, aby lékař v zájmu dítěte předcházel situacím, které by vedly ke sporům či konfliktům s doprovázející osobou (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 21).

Anamnézu lze dělit dle druhu informací, které obsahuje. **Sociální anamnéza** zahrnuje informace týkající se působení rizikového prostředí na dítě. Popisuje prostředí, ve kterém dítě žije a vyrůstá. Orientuje se na informace, které vypovídají o způsobu trávení volného času, zaměstnání rodičů atd. **Rodinná anamnéza** zahrnuje informace ohledně zdravotních anomálií v rodině, které by mohly negativním způsobem ovlivňovat zdraví dítěte. Jedná se například o onemocnění psychické, psychiatrické, infekční nebo závislosti různého druhu. **Osobní anamnéza** je zaměřena zejména na opakující se zranění, úrazy, poruchy vědomí nejasného původu, psychické potíže, rizikové chování atd. V osobní anamnéze najdeme také informace týkající se výchovných problémů (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 18).

Cílené vyšetření zaměřené na odhalení týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte se výrazně neodlišuje od vyšetření v rámci komplexní a preventivní prohlídky. Je provedeno fyzikální měření, které obnáší měření výšky, váhy, obvodu hlavy atd. Veličiny jako výška a váha podléhají dalšímu vyhodnocování a výstupem je růstový graf, který poskytuje lékaři ještě další informace. Praktický lékař pro děti a dorost by se měl zaměřit také na způsob stravování dítěte a správnost postupů uplatňovaných při onemocnění. Také by si měl všimnout odchylek v chování nebo potíží při komunikaci. Obzvláště velká pozornost je věnována nálezům jako odřeniny, modřiny, opruzeniny, jizvy a dalším viditelným poraněním na kůži dítěte. Lékař pro děti a dorost se také zajímá o úroveň hygienických návyků a způsob oblékání. Při podezření na sexuální zneužívání je pozornost zaměřena na vyšetření genitálií a stav spodního prádla, které bývá obvykle znečištěno v důsledku poranění (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 17).

Důležitým bodem vyšetření je provedení **záznamu do zdravotnické dokumentace**. Záznam by měl obsahovat podrobný popis zdravotního problému včetně informací o okolnostech a mechanismu vzniku řešeného problému. Neměly by též chybět časové údaje. V záznamu dále najdeme informace ohledně dalšího vyšetření, závěr a doporučení. Součástí zdravotnického záznamu jsou i informace o osobě, která dítě doprovází. Pokud je dítě u praktického lékaře řádně registrováno od narození, má praktický lékař pro děti a dorost kompletní zdravotnickou dokumentaci, která by měla obsahovat úplnou osobní, rodinnou i sociální anamnézu, veškeré informace o provedených výkonech, prohlídkách a očkováních včetně dodržování doporučení. Součástí zdravotnické dokumentace by také měly být zprávy z odborných vyšetření dítěte z řad specialistů a zprávy z hospitalizace. Nezbytnou součástí dokumentace jsou dále kontakty na pečující osoby a záznamy o komunikaci, obzvláště v případech, kdy se dítě jeví jako rizikové (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 22-24).

V souladu se zákonem č. 359/1999 Sb. je povinností lékaře pro děti a dorost podezření na týrání, zanedbávání a zneužívání oznámit orgánu sociálně-právní ochrany dětí nebo Policii ČR. Důležité je udělat písemný zápis o oznámení do zdravotnické dokumentace s datem, místem a způsobem oznámení (Truellová, Vaníčková a Novotná, 2016, s. 22).

4 OHROŽENÉ DÍTĚ V PÉČI ORGÁNU SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ

Ochranu, práva a zdárný vývoj dětí v České republice zajišťuje orgán sociálně-právní ochrany dětí, který poskytuje rodinám, rodičům i dětem preventivní a poradenskou činnost (Konvičková, 2011, s. 47). Sociálně-právní ochrana dětí je vymezena zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, je poskytována převážně bezúplatně, přičemž za dítě je považována osoba mladší 18 let. Dle § 5 „*předním hlediskem sociálně-právní ochrany je zájem a blaho dítěte, ochrana rodičovství a rodiny a vzájemné právo rodičů a dětí na rodičovskou výchovu a péči. Přitom se přihlíží i k širšímu sociálnímu prostředí dítěte*“ (ČESKO, 1999). V § 6 zmiňovaného zákona je definován okruh dětí, na které se zákon č. 359/1999 vztahuje (viz 1.1).

Sociálně-právní ochrana dětí je zajišťována následujícími orgány. Jsou to obecní úřady, krajské úřady, obecní úřady a obce s rozšířenou působností, újezdní úřady, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí (Pazlarová, 2013, s. 459) a dále obce a kraje se samostatnou působností, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další právnické a fyzické osoby pověřené výkonem sociálně-právní ochrany (ČESKO, 1999).

4.1 Vyhodnocování potřeb ohroženého dítěte orgánem sociálně-právní ochrany dětí

Počátky tradičních přístupů k hodnocení dítěte spadají již do 19. století. Teoretický základ tvořily tři vědní obory, a to lékařství, psychologie a pedagogika. Lékařský obor se dotýkal zdraví a problematických situací souvisejících se zdravím, psychologie pokrývala charakteristiku jednotlivých vývojových období a pedagogika posuzovala okolnosti a možnosti vzdělávacího dítěte. Dnes je již pohled na hodnocení dítěte širší o stanovisko dalších oborů jako sociální práce (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 130-135).

Pro vyhodnocení situace ohroženého dítěte a jeho rodiny je důležité vymezení v § 10 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, a v § 1 vyhlášky č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně-právní ochraně dětí. Spolupráce orgánu sociálně-právní ochrany dětí s ostatními organizacemi je upravena zákonem č. 359/1999 Sb.,

o sociálně-právní ochraně dětí, a Standardy kvality výkonu sociálně-právní ochrany (Racek, Solařová a Svobodová, 2014, s. 7).

Otázka ohroženého dítěte a jeho rodiny, posuzování jeho situace a případné řešení spadá do kompetence orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Ohrožené dítě se může dostat do evidence orgánu sociálně-právní ochrany dětí prostřednictvím depistážní činnosti nebo oznamovací povinnosti z řad veřejnosti, dále může oznamovací povinnost využít právnická osoba, fyzická osoba nebo dítě samotné (Bechyňová, 2015, s. 13). V další fázi je informace o ohroženém dítěti ověřována. Informace poskytované institucemi jako škola, školní zařízení či zdravotnická zařízení jsou považovány za spolehlivé. V takovém případě je situace většinou přehlednější a rychleji řešitelná. Sociální pracovník musí vyhodnotit, zda je potřeba situaci dítěte řešit okamžitě (Pemová a Ptáček, 2012, s. 54-56).

4.1.1 Úvodní a komplexní vyhodnocování

Vyhodnocení rizik je důležitý krok. Zájmy orgánu sociálně-právní ochrany dětí zpravidla zastupuje pracovník sociálně-právní ochrany dětí, v literatuře označován jako **hodnotitel**. Hodnotitel hraje klíčovou roli a je oporou pro dítě i rodinu v celém procesu vyhodnocování. **Dítě** je hlavní osobou celého dění. Jeho přítomnost a účast na vyhodnocování je nezbytná, je zdrojem informací pro sociálního pracovníka. Pokud je v rodině více dětí, vyhodnocení probíhá pro každé dítě zvlášť. **Rodiče** jsou nezbytnou součástí hodnocení ohroženého dítěte. Pro rodiče je účast ve vyhodnocování velmi svízelná a mohou se proto cítit nejistí. Je velmi přínosné pro dítě i pro sociálního pracovníka získat rodiče na svoji stranu. **Další osoby** přizvané k vyhodnocování potřeb mohou být příbuzní žijící ve společné domácnosti nebo osoby v blízkém příbuzenském vztahu. Jejich přítomnost může být důležitá k pochopení vztahů a situace v rodině. Mezi přizvané osoby mohou patřit i odborníci z řad zdravotnictví, školství nebo sociálních služeb (Racek, Solařová a Svobodová, 2014, s. 12-13).

Úvodní vyhodnocování probíhá formou úvodního či orientačního hodnocení. Rozsah a časové vymezení vyhodnocení se liší dle situace (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 112). Zjištěné informace jsou důležité pro rozhodnutí o dalším postupu. Sociální pracovník, který se situací dítěte a rodiny zabývá, musí důkladně zvážit, zda je potřeba výrazně zasahovat do dění rodiny (Hrubeš, 2014, s. 25). Vstupní hodnocení se zaměřuje především na vyhodnocení míry ohrožení dítěte (Pemová a Ptáček, 2012, s. 72). Zpráva z úvodního vyhodnocení by měla být k dispozici do sedmi pracovních dnů (Racek, Solařová a Svobodová, 2014, s. 19).

Komplexní vyhodnocování je pokračováním úvodního hodnocení. Je prováděno v širším rozsahu a nabízí řešení v podobě konkrétních služeb a opatření (Pemová a Ptáček, 2012, s. 72). Sociální pracovník ze své pozice může uplatnit rozsáhlé pravomoci a kdykoliv kontaktovat nebo navštívit dítě a jeho rodinu v místě bydliště, ve školním zařízení nebo v místě, kde se dítě zdržuje. V průběhu sběru informací je žádoucí, aby proběhla tři osobní setkání přímo v domácnosti rodiny formou polostrukturovaného rozhovoru (Racek, Solařová a Svobodová, 2014, s. 12-13). Při komplexním vyhodnocení sociální pracovník spolupracuje s dalšími odborníky nebo osobami (Pemová a Ptáček, 2012, s. 57) a může požadovat písemné i ústní informace od institucí, kam dítě pravidelně dochází, například od praktického lékaře pro děti a dorost, psychologa nebo ze specializované poradny. V případě odlišného trvalého bydliště dítěte se sociální pracovník spojí s příslušným orgánem sociálně-právní ochrany dětí (Chábová a Matoušek, 2017, s. 112).

K získání informací je možné využívat různé metody. Mezi stěžejní metody patří rozhovor, pozorování, genogram, ekomapa, dotazníky, testy, rozbory, ale také různé hry, malování nebo jiné aktivity, které napomůžou při sbližování s dětským klientem (Matoušek a Pazlarová, 2014, s. 118).

Sepsání zprávy z komplexního vyhodnocení by nemělo trvat déle než 30 dnů (Racek, Solařová a Svobodová, 2014, s. 19). Komplexní diagnostika pojímá situaci ohroženého dítěte v širokém měřítku včetně širších souvislostí v rodině a je podkladem pro vytvoření individuálního plánu ochrany dítěte (Pemová a Ptáček, 2012, s. 72).

4.1.2 Individuální plán ochrany dítěte

Individuální plán ochrany dítěte je soubor opatření, který na základě zjištěných skutečností v rodině ohroženého dítěte vede a usměrňuje činnost všech osob, které se podílejí na řešení situace ohroženého dítěte a jeho rodiny. Obsahuje konkrétní kroky a cíle, které na sebe navazují, je členěný, časově vymezený a přehledný (MPSV, 2014, s. 83).

Účelem individuálního plánu ochrany dítěte je vytvořit strategii řešení a poskytnout srozumitelnou nabídku pomoci, která bude dosažitelná a kontrolovatelná (Pemová a Ptáček, 2012, s. 119). Sestavování individuálního plánu ochrany dítěte je složitý proces, který si vyžaduje neustálé přehodnocování a doplňování informací (Pemová a Ptáček, 2012, s. 119). Svoje opodstatnění má v celém procesu sledování zvolených postupů, které by měly mít pozitivní

dopad na situaci dítěte a jeho rodiny, přičemž je kladen velký důraz na aktivní účast dětí a rodičů (Pemová a Ptáček, 2012, s. 119).

Sestavování individuálního plánu ochrany dítěte se řídí určitými pravidly. Stanovované cíle by měly být reálné, časově nenáročné, měly by být všem srozumitelné a promyšlené tak, aby byli klienti pozitivně motivováni úspěchem. Dokumentace individuálního plánu ochrany dítěte je vedená písemně. Dílčí úkoly a jejich plnění jsou vyhodnocovány dle domluvy (Pemová a Ptáček, 2012, s. 103). Činnost sociálního pracovníka musí být v každém ohledu profesionální, transparentní a v nejlepším zájmu dítěte (Pemová a Ptáček, 2012, s. 119).

4.1.3 Případová konference

Případová konference je jednou z metod využívaných v sociální práci a také poskytuje způsob řešení nepříznivé situace ohroženému dítěti a jeho rodině prostřednictvím multidisciplinárního týmu (Hrubeš, 2014, s. 47). Bechyňová (2012, s. 14) definuje případovou konferenci jako „*plánované koordinované a pevně strukturované pracovní setkání rodičů, dítěte a odborníků, kteří pracují a pracovali nebo budou pracovat s ohroženým dítětem a jeho rodiči, popřípadě i s členy širší rodiny.*“ Výstupem případové konference je podrobný souhrn opatření potřebných k naplnění individuálního plánu péče, který významnou měrou přispívá k ochraně ohroženého dítěte a podpoře všech funkcí rodiny (MPSV, 2011, s. 21).

Na případovou konferenci můžeme nahlížet jako na formu pomoci a měla by vytvořit bezpečné a vhodné podmínky pro všechny zúčastněné strany (Bechyňová, 2012, s.19). Respektování **principů** jako „*zájem o dítě a individuální přístup, aktuálnost, objektivita, důvěrnost, diskrétnost a bezpečí, spolupráce*“ je základním předpokladem úspěšnosti případové konference (MPSV, 2011, s. 9).

Případová konference a její **svolání** nabízí možnost řešení pro řadu situací. Je vhodné ji využít při vyhodnocování situace ohroženého dítěte a jeho rodiny se záměrem získání komplexnějšího náhledu na řešenou problematiku. Dále je vhodná, když je nutné rychle reagovat a sladit postup všech zúčastněných stran (MPSV, 2011, s. 9). Případovou konferenci je povinen orgán sociálně-právní ochrany dětí uspořádat při významných změnách v životě ohroženého dítěte, které se týkají změny způsobu výchovy, například v případě návrhu na předběžné opatření, rozhodnutí týkající se ústavní péče, svěření do pěstounské péče atd. Na případovou konferenci jsou zvány osoby a instituce, které mají významné postavení a vliv na

dítě a jeho rodinu. Jejich účast je nepovinná a měla by mít charakter rovnocenné spolupráce (Chábová a Matoušek, 2017, s. 108-109).

Pro koordinovaný postup je potřeba, aby každý znal svoje kompetence a účinně je využíval. Bechyňová (2012, s. 56) charakterizuje jednotlivé role účastníků případové konference. **Svolavatelem** je osoba, která se významnou měrou podílí na tvorbě a naplňování individuálního plánu ochrany dítěte, podporuje a pomáhá ohrožené rodině. Svolavatelem případové konference může být kromě klíčového pracovníka orgánu sociálně-právní ochrany dětí i pracovník jiné instituce, například neziskové organizace, zdravotnického zařízení nebo školního zařízení (Bechyňová, 2012, s. 56). **Organizátor** jako účastník případové konference má na starosti pokrytí organizačních záležitostí. Do jeho kompetencí spadá například domluvení termínu a místa konání, stará se o podklady k případové konferenci a zajišťuje přítomnost facilitátora. Osoba na pozici organizátora by měla být svým postojem neutrální a nápomocná svolavatel. **Facilitátor (moderátor)** svým působením výrazným způsobem ovlivňuje a řídí případovou konferenci. Svým postojem zajišťuje v případové konferenci objektivitu, nestrannost a neangažovanost (MPSV, 2011, s. 17). V rámci svých kompetencí se snaží dosáhnout optimální domluvy mezi členy týmu, rodiči a dítětem tak, aby bylo možné uskutečnit a vyřešit situaci dítěte a rodiny ve stanoveném čase. Měl by mít komunikační schopnosti a orientovat se v oblasti sociálně-právní ochrany dětí. Není členem multidisciplinárního týmu, neočekává se tedy od něj aktivita v tomto směru (Bechyňová, 2012, s. 58-59). **Sociální pracovník orgánu sociálně-právní ochrany dětí** může zastupovat vícero funkcí. Dle situace může zastávat pozice svolavatele i organizátora případové konference. Především však pokrývá aktivity související se sociálně-právní ochranou dětí (Chábová a Matoušek, 2017, s.110-111).

V praxi je možné zvolit určitý **druh případové konference**, který se odvíjí od okolností a priorit, které je potřeba v situaci dítěte nebo v rodině řešit (Bechyňová, 2012, s. 33). Bechyňová (2012, s. 34-42) rozlišuje následující případové konference: klasickou, urgentní, motivační, metodickou a expertní.

Každá případová konference má svoji **strukturu** – skládá se z jednotlivých částí, které na sebe navazují. Časové vymezení jednotlivých částí se odvíjí od okolností, které ovlivňuje počet zúčastněných osob a přepokládané časové vymezení jednání (Bechyňová, 2012, s. 63). Před zahájením případové konference je nezbytné klientovi nebo jeho zástupci poskytnout veškeré dostupné informace ohledně průběhu, obsahu a obsazení. Dále je třeba písemně

doložit souhlas klienta s uskutečněním případové konference. Další dokumenty, bez kterých se případová konference neobejde, jsou Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, který podepisuje klient, a Prohlášení o mlčenlivosti, které stvrzují podpisem všichni účastníci případové konference (MPSV, 2011, s. 14).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘÍPRAVA VÝZKUMU

Jak již bylo popsáno v teoretické části práce, praktický lékař pro děti a dorost je významnou součástí multidisciplinárního týmu v péči o ohrožené dítě. Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí je proto důležitou součástí péče o ohrožené dítě a jeho rodinu.

Praktická část bakalářské práce navazuje výzkumem na teoretickou část, která nabízí teoretický základ pro uvedení do problematiky týkající se oblastí působení praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí a jejich prolínání. Praktická část prezentuje kvalitativní výzkum, který má za cíl prozkoumat jednotlivé oblasti spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí v praxi.

V úvodu praktické části bakalářské práce je věnován prostor vymezení výzkumného problému, výzkumného cíle a výzkumných otázek. Dále je popsán druh výzkumu, výzkumný vzorek a metody a techniky sběru dat.

5.1 Výzkumný problém

„Výzkumný problém může být formulován jako výrok,“ avšak důležitým požadavkem výzkumného problému je, že musí být definován jasně (Kutnohorská, 2009, s. 55). Výzkumný problém dané bakalářské práce je definován následovně:

Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě.

Výzkumný cíl:

Reichel (2009, s. 27) uvádí, že *„na základě konfrontace se zadáním je následně možné formulování cíle,“* který přesně vymezuje, čeho má být jeho splněním dosaženo. Cílem této bakalářské práce je zmapovat spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě.

5.2 Výzkumné otázky

Punch (2008) in Linderová, Scholz a Munduch (2016, s. 29) konstatuje, že *„výzkumné otázky vycházejí z obecného určení cílů...dávají mu směr a kohezi. Zároveň vymezují výzkum, určují jeho hranice a udržují zaměření výzkumníka na vlastní cíle výzkumu. Kromě toho výzkumné otázky poukazují na data, kterých bude při realizaci výzkumu zapotřebí.“*

Formulování hlavní výzkumné otázky a následně dílčích výzkumných otázek je tedy pro výzkum velmi důležitým krokem a pro náš výzkum jsou formulovány následovně:

Hlavní výzkumná otázka:

Jak probíhá spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě?

Dílčí výzkumné otázky:

1. *Za jakých okolností dochází k navázání spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?*
2. *Jak je nastavena vzájemná spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě?*
3. *Jakou formou komunikuje praktický lékař pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?*
4. *Jakým způsobem dochází k cílenému prohlubování spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí nad rámec řešení běžné péče o ohrožené děti?*
5. *Jak praktický lékař pro děti a dorost hodnotí spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?*

5.3 Druh výzkumu

K zodpovězení daných výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní druh výzkumu. Kutnohorská (2009, s. 22) nahlíží na kvalitativní výzkum jako na „*nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.*“ Kvalitativní výzkum nemusí dodržovat přesně daný postup, dle Juríčkové a Ivanové (2015, s. 106) „*se jedná o interaktivní proces.*“ Při realizaci „*kvalitativního výzkumu je nutné myslet i na dodržování etických zásad výzkumu (informovaný souhlas, svoboda odmítnutí, anonymita atd.)*“ (Juríčková a Ivanová, 2015, s. 108).

5.4 Výzkumný vzorek (a způsob výběru)

Základní soubor výzkumu tvoří počet registrovaných praktických lékařů pro děti a dorost v České republice, který činí 1929 (ÚZIS ČR, 2018, s. 104).

„V kvalitativních studiích se výběr vzorku popisuje jako účelový nebo expertní výběr. To znamená, že výběr byl proveden za určitým účelem nebo na podkladě badatelova posouzení. Badatelé si vyberou takový vzorek, který jim umožní co nejdůkladněji prozkoumat otázky vztahující se k cílům studie“ (Kutnohorská, 2009, s. 25).

Pro účely předvýzkumu byly osloveny dvě praktické lékařky pro děti a dorost s dlouholetou praxí v ambulantním provozu. Poskytly tazatelce cenné informace, které byly užitečné při nastavení některých kritérií ohledně realizace a obsahu rozhovorů a také umožnily lépe se zorientovat v problematice spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Vzorek výzkumu je tvořen čtyřmi praktickými lékařkami pro děti a dorost z území České republiky. Jako kritérium pro výběr výzkumného vzorku byla stanovena délka praxe praktického lékaře pro děti a dorost v ambulantním provozu s dolní hranicí 15 let. Po vytipování osmi praktických lékařů proběhlo jejich oslovení prostřednictvím telefonické komunikace, kde byl každý z nich požádán o spolupráci a seznámen s účelem a formou sběru dat potřebných k výzkumu. S rozhovorem souhlasily čtyři lékařky, kterým byly následně formou emailové komunikace zaslány podrobnější informace o tazatelce a informace k výzkumu.

Informace o jednotlivých respondentech jsou uvedené v následující tabulce:

Tabulka 1 Informace o respondentech

Respondenti	Profese	Pohlaví	Velikost obvodu	Délka praxe
R1	Praktický lékař pro děti a dorost	žena	1300 pacientů	17 let
R2	Praktický lékař pro děti a dorost	žena	1100 pacientů	30 let
R3	Praktický lékař pro děti a dorost	žena	900 pacientů	18 let
R4	Praktický lékař pro děti a dorost	žena	1560 pacientů	30 let

5.5 Metody a techniky sběru dat

„Pro získávání kvalitativních dat se jeví jako velmi výhodná, ale zároveň také velmi obtížná metoda moderovaného rozhovoru neboli interview. Termínem interview je označován takový rozhovor, který je moderovaný a realizovaný s určitým cílem a záměrem (Miovský, 2006, s. 155-156). Pro tuto bakalářskou práci bylo zvoleno polostrukturované (semistrukturované)

interview, které si vyžaduje náročnější technickou přípravu. Ta spočívá v sestavení schémat (Miovský, 2006, s. 159). Schéma je pro tazatele závazné a Miovský (2006, s. 159) konstatuje, že „schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát.“ Dle potřeby tazatele je možné pořadí otázek zaměňovat, „abychom tím maximalizovali výtěžnost interview“ (Miovský, 2006, s. 159). Důležitou okolností, kterou nelze u polostrukturovaného rozhovoru opomíjet, je vliv vnějších okolností, jako jsou prostředí, ve kterém je rozhovor realizován, délka, denní doba apod. (Kutnohorská, 2009, s. 40).

5.5.1 Realizace rozhovorů

Realizace rozhovorů pro účely bakalářské práce proběhla v časovém rozmezí prosinec 2018 až březen 2019. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do písemné formy.

Rozhovory probíhaly dle časových a prostorových možností praktických lékařek pro děti a dorost. Jako nejvíce vyhovující alternativa byla zvolena ve všech případech příslušná dětská ordinace, tedy pracoviště respondentek. Dvě lékařky si pro rozhovor vymezily čas po ordinačních hodinách a dvě lékařky poskytly rozhovor v průběhu dopoledních ordinačních hodin, což lze považovat za jistou nevýhodu (blíže popsáno v rámci limitů výzkumu v kapitole 7 Diskuse). Délka rozhovorů byla v rozmezí 15-31 minut. Součástí každého rozhovoru byl souhlas respondenta s nahráváním.

„Cílem kladení otázek je vlastně "otevření" údajů: přemýšlení o možných kategoriích, jejich vlastnostech a rozměrech“ (Strauss a Corbin, 1999, s. 55).

Respondentkám byly kladeny následující otázky:

- Jaké jsou nejčastější důvody, které Vás vedou k identifikaci ohroženého dítěte?
- Jaké jsou nejčastější důvody, které Vás vedou ke kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí?
- Vzniká Vaše spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí pouze na základě oznamovací povinnosti?
- Jak probíhá spolupráce, když Vy kontaktujete orgán sociálně-právní ochrany dětí?
- Jak se liší průběh spolupráce, když jste Vy kontaktován orgánem sociálně-právní ochrany dětí?
- Jaké informace máte povinnost sdělit orgánu sociálně-právní ochrany dětí ohledně péče o ohrožené dítě?

- Které informace nemůžete sdělit orgánu sociálně-právní ochrany dětí?
- Máte možnost konzultovat situaci ohroženého dítěte s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?
- V jakých situacích Vaše spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí končí?
- Jaká forma komunikace se nejčastěji využívá při výměně informací ohledně ohroženého dítěte?
- Existují nějaká nepsaná pravidla komunikace a spolupráce mezi Vámi a orgánem sociálně-právní ochrany dětí?
- Na které společné schůzky jste zván v rámci komisí sociálně-právní ochrany dětí?
- Které společné postupy nebo metody jsou nejčastěji využívány za účelem pomoci ohroženým dětem a ohroženým rodinám?
- Je možnost budovat neformální vztahy mezi Vámi a orgánem sociálně-právní ochrany dětí?
- Jakým dalším způsobem máte možnost budovat vzájemné vztahy s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?
- Jakou spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí považujete za přínosnou, účelnou?
- Jak by bylo možné vzájemnou spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí zlepšit?
- Jak se Vaše spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí v průběhu lékařské praxe změnila?

6 ANALÝZA VÝZKUMU

Reichel (2009, s. 165) konstatuje, že „*důležitým krokem analýz je transkripce údajů, jejich přepis z různých podob (z protokolů, audiozáznamů, videozáznamů apod.) do formy, s kterou bude možné dále pracovat, nejčastěji do formy písemné.*“ Transkripce by měla probíhat promyšleně a v průběhu přepisování dat je již vhodné se zamýšlet nad výběrem témat, případně vyřadit nerelevantní části textu, psát si vlastní komentáře apod. (Reichel, 2009, s. 165). Po přepsání a zkontrolování jsou data připravena k zahájení kvalitativní analýzy a následně jsou při kvalitativním výzkumu tříděna, prozkoumávána a kódována (Juríčková a Ivanová, 2015, s. 108).

V našem výzkumu bylo vytvořeno pět kategorií. Každá kategorie je souhrnem několika kódů (viz. 6.1). Dle barevného rozlišení jsou kategorie součástí tabulky č. 2:

Tabulka 2 Kategorie

Kategorie	Dílčí výzkumná otázka	Barva
Navázání spolupráce	Za jakých okolností dochází k navázání spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?	Žlutá
Průběh spolupráce	Jak je nastavena vzájemná spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě?	Zelená
Forma a pravidla komunikace	Jakou formou komunikuje praktický lékař pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?	Modrá
Spolupráce nad rámec běžné péče	Jakým způsobem dochází k cílenému prohlubování spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí nad rámec řešení běžné péče o ohrožené děti?	Šedá
Hodnocení spolupráce	Jak praktický lékař pro děti a dorost hodnotí spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?	Růžová

6.1 Vyhodnocení rozhovorů

6.1.1 Okolnosti navázání spolupráce

Dílčí výzkumná otázka č. 1: **Za jakých okolností dochází k navázání spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?**

Tato dílčí výzkumná otázka mapuje situace, které vyhodnotí praktický lékař pro děti a dorost jako důvod ke kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí včetně postoje k oznamovací povinnosti. Tato otázka také popisuje důvody, které vedou orgán sociálně-právní ochrany ke kontaktování praktického lékaře pro děti a dorost.

Kategorie **Navázání spolupráce** je v transkripci rozhovorů označena žlutou barvou a je tvořena kódy: důvody PLDD ke kontaktování OSPOD, důvody OSPOD ke kontaktování PLDD, oznamovací povinnost.

Respondentka R1

Respondentka konstatuje, že v současné době je nejčastějším důvodem spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí řešení péče o dítě v důsledku rozvodu nebo rozchodu rodičů. V tomto případě orgán sociálně-právní ochrany dětí oslovuje respondentku s žádostí o vyjádření. V případě soudního jednání bývá i respondentka součástí rozhodování nebo jednání, komu bude dítě svěřeno do péče, případně jakým způsobem bude upraven styk rodičů. Naopak, respondentka žádá orgán sociálně-právní ochrany dětí o pomoc, když rodič ohrožuje zdraví dítěte, když se dítě jeví jako týrané a také v případě nerespektování lékařských doporučení, které vedou ke zhoršení zdravotního stavu dítěte. Respondentka dále uvádí, že se setkává také s případy, které nejsou tak závažné, „*nicméně je potřeba spolupracovat s orgánem sociálně-právní ochrany, aby si rodič uvědomil, že nemůže dítě takhle zanedbat.*“ Sem spadají případy, kdy rodič nerespektuje doporučení lékaře při závažných diagnózách jako například mentální anorexie. Oznamovací povinnost respondentka využívá obzvláště v případě podezření na fyzické nebo psychické týrání.

Respondentka R2

Respondentka uvádí, že nejčastějším problémem, který řeší za pomoci orgánu sociálně-právní ochrany dětí je docházka na pravidelné preventivní prohlídky nebo očkování. Respondentka dále žádá orgán sociálně-právní ochrany dětí o spolupráci při podezření na zanedbávání péče o dítě a dále v případě, že vyvstane důvod pro návštěvu v rodině a je žádoucí

situaci v rodině prověřit. Naopak orgán sociálně-právní ochrany dětí žádá respondentku o spolupráci v následujících případech: při podezření na zanedbávání péče či týrání dítěte, před umístěním do kolektivního ústavního zařízení, dále když v rodině probíhá rozvod nebo škola nahlásí zanedbávání docházky či absenci dítěte. Spolupráce respondentky a orgánu sociálně-právní ochrany dětí vzniká především na základě oznamovací povinnosti.

Respondentka R3

Respondentka konstatuje, že se v průběhu své lékařské praxe nesešla se situací, kdy by měla pocit, že je nějakému dítěti, které navštěvuje její ordinaci, ubližováno. Identifikovala ohrožené dítě pouze v případě, kdy matka byla nějakou dobu telefonicky nedostupná. Když se respondentce povedlo navázat s matkou telefonický kontakt, tak jí matka sdělila, že změnila bydliště. Byla tedy poučena, že se musí zaregistrovat k jinému praktickému lékaři pro děti a dorost, avšak žádný praktický lékař se respondentce již delší dobu neozýval, tak požádala o spolupráci orgán sociálně-právní ochrany dětí. Respondentka uvádí, že se jí nikdy nestalo, že by měla v průběhu své praxe pocit, že se nějakému dítěti vyloženě ubližuje, a musela využít oznamovací povinnost. Naopak daleko častěji ji osloví orgán sociálně-právní ochrany dětí se žádostí, že *„by prosili o vyjádření, jak se prostě dítěti daří, jaký je zdravotní stav, jak se starají rodiče, ale většinou teda píšou, že to dítě je, že nad ním byl stanoven dohled nebo dozor.“* Většinou se nejedná o akutní události. Respondentka uvádí, že také na podnět z porodnice požádala o spolupráci orgán sociálně-právní ochrany dětí ohledně maminky, kdy *„měla malinko obavu, jestli všechno zvládnou... Tam nešlo o to, že by ty rodiče úmyslně, jo, tam toto byla fakt taková práce spíš výchovná asi...oni měli dozor nad tou rodinou a já jsem jenom volala, že prosím, aby opravdu dohlídli, že sice chodí a hlásí se, ale že nevím, jestli všechno dobře zvládnou.“*

Respondentka R4

Mezi nejčastější důvody, které vedou respondentku ke kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí, je podezření na zanedbávání péče o dítě, nezvládnání péče o dítě v pěstounské péči a také situace dětí v rozpadajících se rodinách, kde je dítě obětí neschopnosti rodičů domluvit se na způsobu péče po rozchodu nebo rozvodu. Dále se respondentka setkává s důsledky psychického a fyzického týrání. Uvádí, že tyto děti chodí do ordinace s podlitinami a ze zkušeností již pozná, že dítě zřejmě čelí týrání. Respondentka konstatuje, že přibývá i dětí, které přichází do ordinace s psychickými potížemi, s bolestmi hlavy či bolestmi břicha, zažívacími potížemi a opakovaně si na uvedené potíže stěžují. Vyšetřením se však žádá

objektivní příčina zdravotních potíží nenajde a vyjde najevo, že se v rodině vyskytují problémy. Orgán sociálně-právní ochrany dětí respondentku kontaktuje také ohledně dětí v pěstounské péči a v případě nezletilých matek. Spolupráce respondentky a orgánu sociálně-právní ochrany dětí nevzniká jenom na základě oznamovací povinnosti.

6.1.2 Průběh spolupráce

Dílčí výzkumná otázka č. 2: **Jak je nastavena vzájemná spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě?**

Následující otázka podrobněji popisuje průběh spolupráce a uplatňování zavedených postupů jednotlivých praktických lékařů pro děti a dorost, vzájemné sdělování informací a možnost konzultací s orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Kategorie **Průběh spolupráce** je v transkripci označena zelenou barvou a je tvořena kódy: postup PLDD, postup OSPOD, sdělování informací, konzultace, ukončení spolupráce

Respondentka R1

Respondentka popisuje, že v první fázi se telefonicky obrací na vedení orgánu sociálně-právní ochrany dětí, kde je jí sděleno, se kterou sociální pracovníci bude spolupracovat. V případě akutního problému a nepřítomnosti příslušné pracovníce se případu ujímá vedoucí pracovníce. Povinnost sdělit informace příslušnému oddělení pro respondentku plyne při zjištění, že je dítě nějakým způsobem ohroženo i na životě nebo je mu fyzicky nebo psychicky ubližováno. Tyto události podléhají oznamovací povinnosti. Dle respondentky však orgán sociálně-právní ochrany dětí nemá nárok na podrobné informace o zdraví dítěte, o zdravotním stavu nebo o diagnóze. Informace, které podléhají lékařskému tajemství, tedy sdělovat nesmí. Tyto informace se proto snaží nesdělovat a popsat je obecnou formou. V případě soudních jednání ohledně svěřeni dítěte do péče po rozchodu rodičů „nemůže nic vydat rodičům.“ Orgán sociálně-právní ochrany dětí se zajímá především o to, kdo dochází s dítětem k lékaři, zda rodiče respektují doporučení a o informace týkající se sociální situace rodiny. Jejich vzájemná spolupráce končí v případě, že je vydáno soudní rozhodnutí a je stanoveno, jakým způsobem bude řešeno svěřeni do péče. Dle slov respondentky „to je informace, která nás zajímá. Jsme rádi, když nám to řeknou rodiče, někteří donesou i kopii soudního rozhodnutí. Je to pro nás důležité, abychom věděly, s kým se budeme v ordinaci potkávat.“ Příkladem, kdy je spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí ukončena

nebo přerušena, je případ, kdy je adolescent předán do výchovného ústavu nebo do psychiatrické léčebny. Pokud adolescent po návratu není plnoletý, tak je vzájemná spolupráce obnovena a dle slov respondentky *„případně si telefonicky vzájemně sdělujeme informace o adolescentovi a snažíme se si nějak vypomocť.“* Pokud už není důvod spolupracovat, tak spolupráce končí.

Respondentka R2

Respondentka navazuje spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí na základě požadavku, který se týká návštěvy nebo prověření situace v rodině. Požadavek zadává písemně nebo telefonicky. Dále respondentka uvádí, že v případě, že orgán sociálně-právní ochrany dětí kontaktuje respondentku, vyžaduje informace, které se týkají situace v rodině, docházení na pravidelné preventivní prohlídky, posouzení známek zanedbávání či týrání nebo je od praktického lékaře pro děti a dorost požadován názor na úroveň spolupráce s rodinou. Informací, které může respondentka sdělit sociální pracovníci, není dle jejího vyjádření moc, může se vyjádřit pouze ohledně podezření na zneužívání, týrání nebo zanedbávání. Snaží se odpovídat stručně a v případě, že požadují i jiné informace, tak neodpovídá, protože byli jako lékaři upozorněni, že nesmí. Více informací může poskytnout pouze v případě, že s tím souhlasí rodiče a mlčenlivost je tzv. prolomena. Konzultace ohledně dítěte jí orgán sociálně-právní ochrany dětí není povinen poskytnout. Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí končí v případě, že se zlepší situace v rodině, nebo také s odchodem posledního dítěte z péče lékaře.

Respondentka R3

Respondentka popisuje, že spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí probíhá na základě požadavku z její strany, nebo dostane písemnou formou požadavek, když je někdo sledovaný orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Respondentka k tomuto konstatuje: *„Ono by tam správně asi mělo být napsané, že mají podezření na nějaký týrání, zanedbávání, zneužívání a tak dále. To tam většinou takhle formulovaný není. Tudiž já bych těch informací moc neměla poskytovat... No, protože teda většinou jsem neměla jaksi podezření a to, co jsem tam potřebovala napsat, nebylo nikdy nic špatného...prostě dostatečně děti prospívaly, tak většinou ty informace poskytuju, protože já zas očekávám z druhé strany, že mně taky potom pomůžou, když potřebuju...No ale zatím se mně naštěstí nestalo, že bych psala ‚nechodí, nemám dobrý pocit,‘ to bych asi hlásila sama, že jo.“* Ohledně sdělování informací respondentka dále říká, že *„běžný věci, které se dozvím při své práci lékaře, nesdělují, jsou*

vázány mlčenlivostí... jinak samozřejmě mám povinnost sdělit to, co dítě ohrožuje, to nejakutnější. Ale já zas říkám, musíme trochu lidsky komunikovat, když nám jde o jednu věc...ta komunikace by měla být normální.“ Respondentka dané informace orgánu sociálně-právní ochrany dětí sděluje s vědomím rodiny. Písemný souhlas s nimi však dle jejího vyjádření nikdy neřešila, protože se nejednalo o negativní informace. Většinou píše informace jako „dítě prospívá, na očkování chodí a na kontroly rodiče chodí dle pozvání. To jsou běžné informace.“ V případě potřeby má respondentka možnost konzultovat situaci dítěte se sociální pracovnící, konzultace probíhá telefonicky a následně sepíše vyjádření. Spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí ohledně péče o dítě není nijak oficiálně ukončována. Někdy orgán sociálně-právní ochrany dětí požaduje jenom jednorázové informace na určité dítě a důvodem může být hlášení, které musí prověřit. V případě, že se na dítě dlouho sociální pracovníce neinformuje, respondentka nazná, že je dohled ukončen.

Respondentka R4

Spolupráce respondentky s orgánem sociálně-právní ochrany dětí probíhá na základě vzájemného kontaktování. V případě, že je spolupráce zahájena na základě jejího podnětu, respondentka konstatuje: „...posílám je vlastně do rodiny na takové to šetření a je potřeba mít od nich i zpětnou vazbu, aby člověk věděl, k čemu se dopátraly a jestli ten požadavek byl odůvodněn.“ Pokud respondentku kontaktuje orgán sociálně-právní ochrany dětí, tak jim podává zprávu o zdravotním stavu dítěte, vyplňuje předdefinovaný formulář, který následně odesílá emailem s elektronickým podpisem zpět sociálním pracovnícím. Její povinností je na vyžádání orgánu sociálně-právní ochrany dětí sdělit například, jestli dítě chodí na očkování, na pravidelné prohlídky, jestli dítě prospívá a chodí čistě oblečené, jestli o dítě rodina pečuje. Mezi informace, které nemůže sdělit, patří například diagnóza a přesné informace o zdravotním stavu dítěte. Někdy se stává, že jsou po ní požadovány informace, které by neměla sdělovat, avšak respondentka konstatuje, že „v některých situacích je těžké se tomu vyhnout.“ V případě potřeby má respondentka možnost konzultace se sociální pracovnící nebo v případě potřeby je k dispozici i paní kurátorka. Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí končí v případě, že je ukončen dohled nad dítětem, pokud je případ dořešen a péče je bez závad. Oficiálně však ukončování spolupráce neprobíhá.

6.1.3 Forma a pravidla komunikace

Dílčí výzkumná otázka č. 3: **Jakou formou komunikuje praktický lékař pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?**

Tato otázka blíže specifikuje, jakou formu komunikace volí jednotliví respondenti a orgán sociálně-právní ochrany dětí pro výměnu informací a mapuje u jednotlivých respondentů vnímání pojmu „nepsaná pravidla“ v komunikaci nebo při vzájemné spolupráci.

Kategorie nazvaná **Forma a pravidla komunikace** je v transkripci označena modrou barvou a je tvořena kódy: telefonická komunikace, písemná komunikace, nepsaná pravidla komunikace.

Respondentka R1

Respondentka považuje telefonickou komunikaci za rychlou a jednoznačně ji využívá v případě, že potřebuje, aby orgán sociálně-právní ochrany ještě v ten den nějakým způsobem zasáhl. Dále telefonickou komunikaci považuje za výhodnou pro vzájemné předávání informací v průběhu řešení některých případů – jejími slovy: „*můžeme si vlastně sdělit aspoň nějaké základní informace, kdy...myslím teda za situace, kdy už vlastně i oni mají nějakou tu zkušenost s tou rodinou, dítětem, rodičem, a tak si vzájemně prostě sdělíme, jakým způsobem vlastně, co oni zjistili a tak dále.*“ V případě, že situace nevyžaduje rychlou intervenci, respondentka využívá písemnou či emailovou komunikaci. Pokud však jde o zprávy týkající se péče o dítě, tak z bezpečnostních důvodů radši využívá datovou schránku nebo doporučenou poštu. Jako nepsaná pravidla v komunikaci respondentka vnímá způsob nakládání s citlivými informacemi, které se týkají zdravotního stavu dítěte a podléhají lékařskému tajemství, což je lékařům dle respondentky opakovaně zdůrazňováno na komunikačních seminářích.

Respondentka R2

Respondentka nejčastěji komunikuje s orgánem sociálně-právní ochrany dětí písemnou formou přes datovou schránku a spíše výjimečně využívá telefonickou formu. Dle jejích slov by komunikace neměla probíhat telefonicky, ale spíše písemnou formou. Za nepsaná pravidla v komunikaci respondentka považuje oboustrannou snahu, vstřícnou spolupráci a toleranci obzvláště ve chvílích, kdy je člověk přepracovaný a unavený.

Respondentka R3

V případě, že respondentka řeší problém ohledně péče o dítě, který vyžaduje spolupráci, kontaktuje orgán sociálně-právní ochrany dětí nejdříve telefonicky a v krátkém časovém intervalu zašle požadavek i písemně. Telefonickou formu komunikace považuje respondentka za rychlejší a snazší a konstatuje: „*Možná po telefonu se domlouvá líp. Kdybychom si jenom psaly a vůbec spolu netelefonovaly, možná bych neměla ten dojem, že se na ně můžu spolehnout, že jo. Díky tomu, že jsme spolu párkrát telefonovaly, a tam je více paní, co jsem s nimi telefonovala, a vždycky byly takový vstřícný, tak prostě mám pocit, že když budu mít problém, tak se můžu spolehnout.*“ Když orgán sociálně-právní ochrany dětí vyžaduje od lékaře zprávu, nejčastěji využívá písemnou formu komunikace. Nepsaná pravidla respondentka neuplatňuje, neví, že by bylo něco takového zavedené, a konstatuje: „*...člověk to dělá tak jako, jak to cítí.*“

Respondentka R4

Respondentka nejčastěji komunikuje s orgánem sociálně právní-ochrany dětí písemnou formou, konkrétně emailem s elektronickým podpisem. Když potřebuje řešit nějakou situaci rychle, volí telefonický kontakt. Pokud respondentku kontaktuje orgán sociálně-právní ochrany dětí, tak jim podává zprávu ve formě předdefinovaného formuláře, který následně odesílá emailem s elektronickým podpisem zpět sociálním pracovním. V souvislosti s nepsanými pravidly respondentka hovořila o situacích, které by se neměly stávat na profesionální úrovni sociální práce. Konkrétně se jednalo o neprofesionální chování sociální pracovníce z jiného obvodu, která na podnět respondentky vykonala kontrolní návštěvu v rodině a nevhodným způsobem nakládala s citlivými informacemi. Respondentka však konstatuje, že to není věc, kterou by chtěla paušalizovat, a v obvodu, který spravuje, se nikdy taková věc nestala.

6.1.4 Spolupráce nad rámec běžné péče

Dílčí výzkumná otázka č. 4: **Jakým způsobem dochází k cílenému prohlubování spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí nad rámec řešení běžné péče o ohrožené děti?**

Otázka se snaží zmapovat, jaké další možnosti jsou praktickými lékaři pro děti a dorost využívány pro formální i neformální spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí a také pro budování nebo udržování jejich vzájemných vztahů. Otázka je dále zaměřená na

informovanost a zkušenost respondentů s případovou konferencí a se schůzkami v rámci komisi sociálně-právní ochrany dětí.

Kategorie **Spolupráce nad rámec běžné péče** je v transkripci označena šedou barvou a je tvořena kódy: případová konference, komise sociálně-právní ochrany dětí, vzdělávací akce, budování vztahů

Respondentka R1

Respondentka v průběhu své lékařské praxe neměla možnost účastnit se žádné společné pracovní schůzky, semináře nebo jiné akce pořádané orgánem sociálně-právní ochrany dětí nebo jinou institucí, kde by se jejich vzájemné formální či neformální vztahy měly možnost budovat nebo posilovat. Myslí si, že by to bylo přínosné. Respondentka neměla možnost osobně se setkat se sociálními pracovníci, zná jenom jejich jméno a kontakt. S pojmem „případová konference“ se respondentka nikdy nesetkala.

Respondentka R2

Respondentka uvádí, že byla zvána dvakrát nebo třikrát na společné schůzky s orgánem sociálně-právní ochrany dětí v rámci komisi sociálně-právní ochrany dětí, ale z pracovních důvodů se jich nezúčastnila. Ke své účasti na těchto schůzkách ještě dodává: „...*já nevím, jestli tam bych byla co platná teda.*“ Případové konference se respondentka neměla možnost účastnit. Ve společných postupech či metodách nevidí příliš smysl, má pocit, že pro ohrožené rodiny již dělá ze své pozice maximum: „...*já nevím, jak bych i z mého pohledu byla schopná ještě víc pomoci. Já si myslím, že pro ty rodiny se snažíme dělat my z našeho pohledu maximum. Snažíme se jim opravdu vyjít vstříc maximálně, jak to jde, a udělat z naší strany opravdu všechno to, co máme.*“ Možnost další pomoci spíše spatřuje v činnosti jiných organizací, například ve spolupráci orgánu sociálně-právní ochrany dětí s neziskovými organizacemi. Ohledně budování vztahů s orgánem sociálně-právní ochrany dětí formou vzdělávacích akcí se respondentka vyjadřuje, že ona sama nic takového neorganizuje, a konstatuje, že neví „*jestli OSPOD někdy něco takového pořádal, to já nevím, to jsem ani neslyšela teda.*“ Dochází na vzdělávací akce jiných organizací nebo se účastní vzdělávacích akcí, které jsou pořádané Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost České republiky. O účasti orgánu sociálně-právní ochrany dětí na těchto akcích říká: „*Co se týká OSPOD, ani nevím, jestli tam někdy někdo vystoupil, to si nejsem vůbec jistá a jestli z jejich strany je o toto zájem. Pokud by byl, tak si myslím, že určitě by se to přivítalo a určitě by mohli přijít.*“

Respondentka R3

Respondentka nebyla nikdy zvána na společné schůzky v rámci komisí sociálně-právní ochrany dětí. Na případovou konferenci sice respondentka nikdy nebyla pozvaná, ale byla opakovaně žádána o napsání zprávy, takže o případové konferenci má povědomí. Respondentka konstatuje, že budovat nebo upevňovat vztahy se sociálními pracovníci prostřednictvím seminářů nebo přednášek neměla možnost a ji samotnou to nikdy nenapadlo, především z důvodu pracovní vytíženosti. Zdrojem informací, které se týkají spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí, jsou spíše přednášky na zdravotnických seminářích nebo kongresech dětských praktických lékařů, nikoli však ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Respondentka R4

Respondentka je zvaná na případové konference, byla přítomná asi na dvou sezeních. Nemusí se na ně nijak zvlášť připravovat, protože děti ve svém obvodu zná, a případovou konferenci označuje jako pro sebe užitečný zdroj informací. Když se respondentka nemůže účastnit konference, zpracovává podklady, které se týkají například toho, *„jak dítě navštěvuje ordinaci, s kým chodí, jestli je čistý, jestli nemá špinavý nehty, jestli není dotlučený,“* dále tyto podklady obsahují *„posouzení zdravotního stavu, tady to očkování a preventivní prohlídky, jestli ten kontakt s tou rodinou tam je.“* Respondentka konstatuje, že orgán sociálně-právní ochrany dětí ji občas zve na pracovní schůzky, avšak uvádí: *„...na té poslední, co byla, tak jsem nebyla, protože jsem nebyla schopná zvládnout to časově, oni to měli někdy na osm hodin na ráno a tady, když je plná ordinace, tak to se jako nedá.“* Respondentka je zvána i na vzdělávací akce organizované orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Má také možnost budovat neformální vztahy a k tomuto říká: *„Myslím si, že pokud už je tady někdo na té péči o dítě dlouho, takže už se známe, že to je takový i příjemnější určitě a přínosnější pro obě dvě strany.“*

6.1.5 Hodnocení spolupráce

Dílní výzkumná otázka č. 5: **Jak praktický lékař pro děti a dorost hodnotí spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?**

Otázka je zaměřená na názory praktických lékařů pro děti a dorost na kvalitu spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Zjišťuje, co považují lékaři v této spolupráci za

funkční, co za nevyhovující a také jestli vnímají nějaké změny v této oblasti v průběhu své lékařské praxe. Součástí otázky jsou i jejich případné návrhy na zlepšení spolupráce.

Kategorie č. 5 je nazvaná **Hodnocení spolupráce**, v transkripci je označena růžovou barvou a je tvořena kódy: přínosná spolupráce, efektivita spolupráce, návrhy na zlepšení, změny v průběhu praxe.

Respondentka R1

Respondentka považuje za přínosnou a účelnou spolupráci „*jakoukoliv, která funguje.*“ V některých situacích má pocit jisté liknavosti nebo lhovosti ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Uvítala by větší angažovanost sociálních pracovníků obzvláště v některých případech. Respondentka konstatuje: „*...tak určitě i třeba nějaká návštěva v rodině je důležitá z jejich strany, například aby zjistily situaci přímo v domácím prostředí toho dítěte.*“ Dále uvádí: „*...když nemůžeme třeba rodiče, kterému vlastně to dítě bylo svěřeno do péče, nějakým způsobem kontaktovat, pozvat si to dítě na kontrolu, protože nám nebere telefon, změni místo, kde s tím dítětem prostě pobývá.*“ Respondentka popisuje, že také dochází k situacím, že je kontaktuje škola s žádostí o informace v souvislosti s dlouhodobou absencí dítěte a říká: „*...tak tam bychom někdy potřebovaly, aby tam ten OSPOD opravdu, pokud třeba víme, kde by asi to dítě mohlo být, tak aby učinil nějakou návštěvu.*“ Jako další významný problém ve spolupráci praktických lékařů pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí respondentka vnímá nedostatečnou či zcela chybějící zpětnou vazbu: „*...co třeba ještě mně vadí, takže my vlastně pokud to není právě ta situace toho soudního jednání, což nemusí vždycky být, tak my nemáme od toho OSPOD zpětnou vazbu a to mně vadí hrozně.*“ Respondentka by uvítala jakoukoli bližší informaci a při popisu konkrétního příkladu uvádí: „*A když jsem si tam i sama telefonovala a ptala jsem se, tak jsem dostala fakt takovou vágní odpověď, že už to nějak snad řeší. No tak to mně moc neřeklo.*“ Respondentka se domnívá, že lékaři mají právo znát tyto informace, alespoň částečně, obzvláště pokud jsou to oni, kdo dají podnět k prošetření. Respondentka konstatuje, že spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí byla dříve plně vyhovující, měla možnost konzultovat situaci dětí, avšak v souvislosti s personálními změnami se jejich spolupráce zhoršila. Nyní ji vnímá především jako korespondenční, s chybějící zpětnou vazbou a konstatuje: „*...poslední roky opravdu mám takovej pocit, že přijde papír, tak já na to nějakým způsobem podám zprávu a pak už zase dál v podstatě nevím nic, takže jako nějaký zlepšení za těch sedmnáct let, co jsem tady, to nemůžu říct, spíš možná zhoršení.*“

Respondentka R2

Respondentka považuje za přínosnou a účelnou spolupráci takovou, která má efekt a je pružná. Na požadavky orgánu sociálně-právní ochrany dětí se snaží reagovat pohotově a s maximálním úsilím a také očekává stejnou odezvu. Konstatuje však, že je to vše o lidech a někdy se stává, že spolupráce „trošičku vážne.“ Avšak projevuje pochopení a říká: „*Chápu, každý má své mušky a někdy je přepracovaný, tak je toho na něho moc, ale jinak si myslím, že se snažíme spolupracovat. Je to jejich náplň, naše taky.*“ Dále konstatuje, že nemá pocit, že by se v průběhu její praxe spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí nějak výrazně změnila, připouští však, že možná dříve byly sociálně slabší rodiny pod větší kontrolou a tyto rodiny se více snažily.

Respondentka R3

Respondentka popisuje spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí jako dobře fungující. Vnímá, že se na pracovnice tohoto orgánu může obrátit a spolehnout, což přičítá jejich vstřícnosti při telefonickém kontaktu: „*díky tomu, že jsme spolu párkrát telefonovaly...a vždycky byly takový vstřícný, tak prostě mám pocit, že když budu mít problém, tak se můžu spolehnout...když prostě potřebuju, tak mám pocit, že jsou ochotný pomoci i třeba nějakou radou.*“ Konstatuje však, že v některých situacích by uvítala trochu víc informací, myslí si, že by měla možnost lépe porozumět situaci, ve které se dítě nachází. Zpětnou vazbu se dovídá spíše od rodinných zástupců nebo od sousedů. Spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí se v průběhu její lékařské praxe nijak výrazně nezměnila. Respondentka dále uvádí, že před deseti až patnácti lety byla písemná zpráva požadována jenom občas. Za poslední dva roky je v častějším kontaktu se sociálními pracovníci než v minulosti, avšak považuje to za náhodu, i když připouští, že má v péči více dětských pacientů než dříve.

Respondentka R4

Respondentka je se spoluprací s orgánem sociálně-právní ochrany dětí spokojená. Konstatuje: „*...v podstatě s nimi nemám problém. Někdy by byla třeba i lepší i zpětná vazba, ale oni toho mají asi také poměrně dost, takže možná tady toto jenom.*“ A dále respondentka říká, že sociální pracovnice vždy vyřídí, domluví a zkontrolují, co je potřeba. Jako důležitý předpoklad kvalitní spolupráce respondentka vnímá oboustrannou vstřícnost, otevřenost a snahu pomoci dítěti. V průběhu lékařské praxe se vzájemná spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí spíše prohloubila, což respondentka připisuje organizování případových konferencí, které nebyly dříve zavedené.

7 DISKUZE

Součástí této kapitoly bakalářské práce je shrnutí a vyhodnocení výsledků, které vzešly z výzkumu. Cílem bakalářské práce je zmapovat spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě. Výzkum je rozdělen do pěti oblastí a každá oblast vystihuje určitý aspekt spolupráce tak, aby výzkum jako celek pokryl zkoumanou oblast.

Cílem kategorie, která je nazvaná **Okolnosti navázání spolupráce**, je odpovědět na dílčí výzkumnou otázku č. 1: ***Za jakých okolností dochází k navázání spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?***

Z výzkumu je patrné, že důvody, které vedou k navázání vzájemné spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí mohou vzejít z obou stran a jsou různorodé. Jednotlivé respondentky uvedly situace, které se v jejich lékařské praxi nejčastěji vyskytují. Nejčastějším důvodem pro kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí ze strany respondentek je situace, kdy je dítě ohrožováno na zdraví. Sem spadají situace jako týraní, zneužívání, zanedbávání, dále opakované nerespektování lékařských doporučení, které vede k poškození zdraví. Tento okruh důvodů uvedly tři respondentky. Dopady na zdraví může mít i nerespektování preventivních prohlídek a očkovacího kalendáře, což bylo nejčastějším podnětem ke spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí u jedné respondentky. Mezi dalšími jmenovanými důvody pro kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí ze strany respondentek bylo nezvládnutí péče o dítě v pěstounské rodině, nezvládnutí péče o dítě po porodu a problémy s kontaktováním matky.

Jedna respondentka dále uvedla jako častý důvod ke kontaktování orgánu sociálně-právní ochrany dětí psychosomatické problémy dětí související s rozchodem rodičů a s jejich spory ohledně péče o dítě. Problematika rozpadů rodin byla zároveň nejčastější okolností pro kontaktování respondentek ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí – tři respondentky uvedly jako nejčastější důvod, proč jsou kontaktovány, právě řešení péče o dítě v rozpadajícím se partnerském vztahu. Lze konstatovat, že tyto výsledky odráží tzv. krizi rodiny, která je v naší společnosti patrná. Dle statistiky uveřejněné v publikaci nazvané *Stav české rodiny, co jí chrání a ohrožuje* (2016, s. 7) je rozvod nebo rozchod rodičů nejčastějším jevem (který ohrožuje dítě), se kterým se nejčastěji potýká běžná populace v České republice.

V lékařské praxi respondentek dochází dále k situacím, kdy jsou žádány o spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí před umístěním dítěte do kolektivního ústavního

zařízení nebo když škola nahlásí absenci dítěte. Dalšími jmenovanými důvody byl dohled nad rodiči v pěstounských rodinách a dohled nad péčí nezletilých matek.

Za nejzávažnější jsou považovány situace, kdy je dítě ohroženo na zdraví a ze strany lékaře vyvstane podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání. Tyto události dle zákona podléhají oznamovací povinnosti. Zkušenosti s využitím oznamovací povinnosti mají tři respondentky. Jedna respondentka uvádí, že nikdy ve své praxi neměla podezření, že je dítěti nějak ubližováno, a tudíž oznamovací povinnost nemusela nikdy využít.

Cílem kategorie, která je nazvaná **Průběh spolupráce**, je odpovědět na dílčí výzkumnou otázku č. 2: *Jak je nastavena vzájemná spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě?*

Průběh spolupráce v obecném měřítku probíhá podobně u všech respondentek. Navázání spolupráce ze strany praktického lékaře pro děti a dorost probíhá telefonicky, anebo písemně. Orgán sociálně-právní ochrany dětí kontaktuje praktického lékaře pro děti a dorost převážně písemnou žádostí. Dle vyjádření respondentek orgán sociálně-právní ochrany dětí požaduje vyjádření lékaře, které se většinou týká posouzení známek zanedbávání, týrání a zneužívání, docházení na pravidelné preventivní prohlídky a očkování, respektování doporučení, nebo je požadováno obecné vyjádření ke zdravotnímu stavu dítěte. Dále bývá žádáno vyjádření ohledně úrovně spolupráce s rodinou, úrovně péče o dítě a také je požadována informace, která specifikuje osobu, která dítě doprovází k lékaři.

Předávání informací je oblast, která se úzce dotýká jak praktických lékařů pro děti a dorost, tak sociálních pracovníků, které zastupují orgán sociálně-právní ochrany dětí. Z výzkumu je patrné, že ne vždy se daří při hledání řešení ohledně dítěte pokrýt požadavek na limity v poskytování informací, které jsou vymezené zákonem. Konkrétně se jedná o informace, které podléhají lékařskému tajemství. Na skutečnosti ohledně předávání informací jsou praktičtí lékaři pro děti a dorost upozorňováni v rámci svého profesního vzdělávání a každá respondentka zaujímá k této problematice postoj dle svého uvážení. Tři respondentky uvedly, že se dostávají do situací, kdy jsou po nich požadovány informace, které by neměly poskytovat. Jedna z těchto respondentek uvedla, že situaci řeší tak, že bez souhlasu rodičů na dotazy neodpovídá. Druhá z respondentek konstatuje, že je někdy těžké požadovanou informaci neposkytnout. Třetí respondentka dané informace orgánu sociálně-právní ochrany dětí sděluje s vědomím rodiny. Písemný souhlas s nimi dle jejího vyjádření nikdy neřešila, protože se nejednalo o negativní informace. Čtvrtá respondentka si je také vědomá, že orgán sociálně-

právní ochrany dětí nemá nárok na informace, které podléhají lékařskému tajemství, a uvádí, že orgán sociálně-právní ochrany dětí tuto skutečnost respektuje. Respondentka konstatuje, že v případě potřeby se snaží citlivé informace popisovat pouze obecnou formou.

Jednou z možností výměny informací mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí je telefonická konzultace situace dítěte, kterou však bez písemného potvrzení nelze řadit mezi oficiální formy komunikace. Dvě respondentky mají možnost situaci dítěte se sociálními pracovníky telefonicky konzultovat, přitom jedna respondentka uvádí, že si je vědomá, že to není oficiální postup, a požadavek zasílá také písemně. Další respondentka konstatuje, že konzultaci ohledně dítěte jí orgán sociálně-právní ochrany dětí neposkytne.

Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí dle konstatování respondentek končí v situaci, kdy už není důvod, aby spolupracovali. Dvě respondentky konstatovaly, že spolupráce není ukončována oficiálním způsobem. Respondentky si ukončení spolupráce vydedukují na základě skutečnosti, že je orgán sociálně-právní ochrany dětí ohledně daného dítěte již delší dobu nekontaktuje.

Zajímavým momentem v průběhu rozhovorů bylo upozornění respondentek na téma zpětné vazby. Tři respondentky se spontánně vyjádřily k poskytování zpětné vazby ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Tyto respondentky považují zpětnou vazbu za důležitou, avšak často se jí nemají možnost dozvědět nebo se jí dozvídají neoficiální cestou. Tuto skutečnost vnímají jako nevyhovující a blíže se k této problematice vyjadřují v rámci hodnocení spolupráce (viz. dále v textu).

Cílem kategorie, která je nazvaná **Forma komunikace**, je odpovědět na dílčí výzkumnou otázku č. 3: *Jakou formou komunikuje praktický lékař pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?*

Formy komunikace jednotlivých respondentek s orgánem sociálně-právní ochrany dětí mají jisté podobnosti, avšak každá respondentka vychází ze svých možností a potřeb. Všechny respondentky jsou si vědomé toho, že oficiální komunikace by měla probíhat písemnou formou. Telefonická forma komunikace je však jednoznačně nejvyužívanější u třech respondentek, protože zaručuje rychlou výměnu informací a případné předání nebo řešení problému. Z rozhovorů je patrné, že telefonická forma komunikace respondentkám umožňuje sdílet více informací, než je stanoveno pro oficiální písemnou formu. Jedna respondentka dále uvedla, že v ní vzbuzují sociální pracovníci důvěru právě kvůli vstřícnosti a ochotě,

kteřá je z telefonického kontaktu patrná, a proto jí tato forma komunikace umožňuje navázání a udržování příjemnějšího a důvěryhodnějšího pracovního vztahu.

Důležitým požadavkem, který musí splňovat písemná nebo elektronická komunikace, je bezpečnost. Tento požadavek splňuje komunikace skrze datovou schránku a využívají ji dvě respondentky. Emailovou komunikaci s elektronickým podpisem využívá jedna respondentka. Zaslání pošty skrze doporučené psaní využívá také jedna respondentka. Orgán sociálně-právní ochrany dětí nejčastěji komunikuje s respondentkami písemnou formou a jedna respondentka uvedla, že s ní ke komunikaci využívá email s elektronickým podpisem.

Respondentkám byla dále položena otázka týkající se vnímání pojmu nepsaných pravidel. Tato nepsaná pravidla komunikace každá respondentka vnímá jinak. Respondentka R1 je vnímá jako respektování lékařské mlčenlivosti. Respondentka R2 jako oboustrannou snahu o vstřícnost, toleranci a spolupráci. Respondentka R4 chápe nepsaná pravidla jako profesní slušnost při nakládání s citlivými informacemi, která by měla fungovat mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a sociální pracovníci. Respondentka R3 žádná nepsaná pravidla nevnímá a uvádí, že se řídí citem.

Cílem kategorie, která je nazvaná **Spolupráce nad rámec běžné péče**, je odpovědět na otázku č. 4: *Jakým způsobem dochází k cílenému prohlubování spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí nad rámec řešení běžné péče o ohrožené děti?*

Spojovacím prvkem pro spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí je ohrožené dítě. Největší snahou obou zainteresovaných stran je najít způsob, jak pomoci dítěti a jeho rodině. Jedním z řešení, které se v péči o ohrožené dítě a rodinu nabízí, je případová konference. Je to multidisciplinární setkání profesionálů z různých oborů, kde praktický lékař pro děti a dorost má svoje místo a v případě potřeby může být součástí tohoto týmu (viz. 4.1.3). Avšak náš výzkum naznačuje, že využití případových konferencí není v praxi běžně zavedené. S případovou konferencí se ve své praxi setkaly dvě respondentky a pouze jedna respondentka se případové konference dvakrát účastnila a běžně připravuje podklady na případovou konferenci, když se jí nemůže účastnit. Druhá respondentka o případových konferencích má povědomí, protože u dětí dvou rodin, které má v péči, případová konference proběhla a oni sami, ze své iniciativy, jí přinesli doklad o proběhlé konferenci. Jinak na konferenci nebyla nikdy zvaná. Další dvě respondentky se případové

konference také nikdy neúčastnily a jedna respondentka konstatovala, že o případové konferenci nikdy neslyšela.

Další možností setkání a spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí je komise pro sociálně-právní ochranu dětí. Její činnost se také dotýká ohrožených dětí. V povědomí respondentek však komise pro sociálně-právní ochranu dětí není. Pouze jedna respondentka uvedla, že byla dvakrát nebo třikrát zvána, ale z časových důvodů se nemohla zúčastnit. Tři respondentky se vyjádřily, že nikdy nebyly zvány na schůzky tohoto typu.

V našem výzkumu jsme se dále věnovaly možnostem prohlubování spolupráce a komunikace praktických lékařů pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí formou vzdělávacích akcí. Respondentka R1 nikdy nebyla zvaná na vzdělávací akci ze strany orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Respondentky R2 a R3 konstatovaly, že se běžně účastní vzdělávacích akcí, které pořádá Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR nebo jiné organizace, nikoli však akcí organizovaných orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Respondentka R4 konstatuje, že vzdělávací akce orgán sociálně-právní ochrany dětí pořádá a má možnost se účastnit. Z odpovědí respondentek R1 a R2 vyplynulo, že by mělo určitě pozitivní odezvu, kdyby zástupci orgánu sociálně-právní ochrany dětí vystoupili se svými návrhy nebo připomínkami na schůzkách, seminářích nebo kongresech dětských lékařů.

Cílem kategorie, která je nazvaná **Hodnocení spolupráce**, je odpovědět na otázku č. 5: ***Jak praktický lékař pro děti a dorost hodnotí spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí?***

Lékařská praxe respondentek, které se účastnily výzkumu, se pohybuje v rozmezí 17-30 let. Z této dlouholeté praxe a ze zkušeností respondentek lze usuzovat, že dokáží posoudit, jaká spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí je přínosná a účelná. Respondentka R1 konstatovala, že jakákoliv, která funguje, a pro respondentku R2 by bylo přínosem, kdyby viděla efekt a pružnost. Dvě respondentky se přímo k této problematice nevyjádřily.

Respondentky měly dále možnost zhodnotit kvalitu jejich spolupráce s orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Dvě respondentky, R3 a R4, se ohledně spolupráce vyjádřily kladně, avšak jedna z nich by uvítala větší sdílnost informací, druhá zpětnou vazbu. Respondentka R2 již nebyla v hodnocení spolupráce v celém rozsahu pozitivní a připouštěla občasnou menší nespokojenost. Návrh na zlepšení však neměla. Z konverzace respondentky R1 bylo

zjevné, že není spokojená se spoluprací a zlepšení by viděla především v lepší efektivitě práce a iniciativě pracovníků orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Respondentky se rozcházely i v hodnocení změn ve spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí v průběhu jejich lékařské praxe. Jedna respondentka konstatovala, že se jejich spolupráce spíše prohloubila a připisuje to organizování případových konferencí. Dvě respondentky se vyjádřily, že spolupráce se za jejich praxe nijak výrazně nezměnila, a jedna respondentka konstatovala, že za poslední roky se spolupráce spíše zhoršila. Důvodem jsou dle jejího názoru personální změny, které proběhly na pozicích pracovníků příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

Závěrem diskuze je třeba zmínit limity provedeného výzkumu. Výzkum byl realizován na malém vzorku respondentů a jeho výsledky nelze zobecnit, protože počet praktických lékařů pro děti a dorost je mnohem větší. Výsledky našeho výzkumu je proto třeba vnímat spíše jako podněty k dalšímu zkoumání.

Další okolností, která měla negativní vliv na kvalitu výzkumu, byly omezené časové možnosti respondentek vzhledem k jejich pracovnímu vytížení. Dvě z nich navíc poskytly rozhovor přímo v pracovní době, což vytvářelo zvýšený tlak na respondentku i tazatelku. Byla tím ovlivněna i možnost upřesnění nebo dovysvětlení případných nesrovnalostí, které v průběhu rozhovoru vyvstaly, což jsou důležité okamžiky především pro tazatele. Další nevýhodou konání rozhovorů v ordináčnické době praktického lékaře pro děti a dorost bylo rušení prostřednictvím telefonních hovorů pacientů, které vyřizovala v průběhu rozhovoru zdravotní sestra, a také ruch způsobený přítomností dětských pacientů v čekárně.

Při interpretaci výsledků našeho výzkumu je také nutné brát v potaz, že výzkum mapuje pouze jeden úhel pohledu na danou problematiku. Pro utvoření objektivnějšího názoru na zkoumanou oblast by proto bylo přínosné realizovat a vyhodnotit výzkum, který by mapoval pohled na zkoumanou spolupráci z perspektivy orgánu sociálně-právní ochrany dětí.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě, a to z pohledu praktických lékařů pro děti a dorost. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku je hledána skrze dílčí výzkumné otázky, které dělí zkoumanou oblast na následující okruhy: okolnosti navázání spolupráce, průběh spolupráce, forma a pravidla komunikace, spolupráce nad rámec běžné péče a hodnocení spolupráce.

Samotnému výzkumu, který je prezentován v praktické části práce, předchází teoretická část. Jejím nosným tématem je problematika ohroženého dítěte, přičemž každá kapitola pojímá toto téma z jiného úhlu. Úvodní, a tedy první kapitola teoretické části, je věnována definování a popisu ohroženého dítěte, rizikovým faktorům, typům ohrožení a dále pojednává o způsobu řešení situace ohroženého dítěte. Druhá kapitola popisuje roli multidisciplinárního týmu v péči o ohrožené dítě, dále zde najdeme charakteristiku členů multidisciplinárního týmu a hodnocení multidisciplinárního týmu. Další dvě kapitoly, třetí a čtvrtá, blíže popisují činnost praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí jakožto členů multidisciplinárního týmu. Třetí kapitola nazvaná „Ohrožené dítě v péči praktického lékaře pro děti a dorost“ popisuje preventivní péči o děti a dorost a sociální složku primární péče v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Čtvrtá, a tedy poslední kapitola teoretické části – „Ohrožené dítě v péči orgánu sociálně-právní ochrany dětí“ – řeší vyhodnocování potřeb ohroženého dítěte orgánem sociálně-právní ochrany dětí.

Praktická část bakalářské práce sestává ze tří částí. V první části je blíže popsána příprava výzkumu, výzkumný problém, výzkumné otázky, druh výzkumu (kvalitativní), výzkumný vzorek a také metody a techniky sběru dat (polostrukturované interview). V druhé části je popsána analýza výzkumu a vyhodnocení realizovaných rozhovorů. V poslední části, Diskuzi, jsou shrnuty a vyhodnoceny výsledky výzkumu.

Každé dítě je praktickým lékařem pro děti a dorost pečlivě sledováno již od narození. Kromě sledování zdravotního stavu a běžné péče sleduje lékař i rizika a témata, které spadají do sociální problematiky. Jeho péče má široký záběr a z výzkumu vyplynulo, že okolnosti a spektrum důvodů k navázání spolupráce mezi praktickým lékařem pro děti a dorost a orgánem sociálně-právní ochrany dětí je široké, s různou mírou závažnosti. Z výzkumu také vyplynulo, že některá celospolečenská témata, která souvisí s dětmi a rodinou, vedou k navázání vzájemné spolupráce – dle konstatování většiny respondentek je v současné době

nejčastějším důvodem, který spojuje praxi praktického lékaře pro děti a dorost a orgán sociálně-právní ochrany dětí, tematika řešení péče o dítě v rozpadajícím se partnerském vztahu.

Dle výsledků výzkumu lze konstatovat, že v obecném měřítku je průběh spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí ve všech dětských ordinacích zahrnutých ve výzkumu podobný. Oboustranně sledovanou problematickou oblastí ve spolupráci je oblast předávání informací. Z našeho výzkumu je patrné, že ne vždy se daří při hledání řešení ohledně ohroženého dítěte pokrýt požadavek na limity v poskytování informací, které jsou vymezené zákonem. Konkrétně se jedná o informace, které podléhají lékařskému tajemství. Přístup lékařů, jak vyplynulo z výzkumu, je zcela individuální, každý postupuje dle vlastního uvážení.

K podobným závěrům dospěli ve svém výzkumu i Večerka a Štěchová (2015, s. 21), kteří konstatují: „*Spolupráce se zdravotníky je víceméně individuální záležitostí každého zařízení, ambulance či lékaře. Při zjišťování zdravotního stavu ohroženého dítěte se někdy lékaři zaštiťují lékařským tajemstvím. Jsou však naopak i takoví pediatři a další lékaři, kteří zájem a blaho dítěte považují za primární zásadu své práce, a proto zejména v závažnějších případech s OSPOD spolupracují vstřícně.*“

Z výzkumu dále vyplynulo, že pro praktického lékaře pro děti a dorost je velmi důležitá zpětná vazba týkající se následné péče o dítě, avšak vzhledem k nastavení pravidel ohledně předávání informací jim často nebývá umožněna. Z projevů respondentek byl patrný profesní zájem o dítě, který se pojil s vřelou lidskostí, a nutno konstatovat, že mnohdy investují čas, energii a maximální úsilí, aby dítěti pomohly, avšak výsledek svého úsilí se nedozví.

Předmětem našeho výzkumu byla také forma komunikace praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Z výzkumu je zřejmé, že praktičtí lékaři volí formu komunikace dle situace a závažnosti. Pokud jim to situace dovolí, většinou upřednostňují telefonickou formu, avšak oni jsou kontaktováni orgánem sociálně-právní ochrany dětí převážně formálně uznávanou písemnou formou.

Obecně lze konstatovat, že pro účelnou spolupráci je potřebné sledovat i oblast pracovních vztahů a hledat možnosti, jak pracovní vztahy zlepšovat a prohlubovat. Z výzkumu je však patrné, že této problematice není ve společné praxi praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí věnována adekvátní pozornost.

Prekvapující výsledky, které vzešly z našeho výzkumu, se týkají řešení situace ohroženého dítěte pomocí případové konference (viz 4.1.3). Je to jedna z metod, která může profesně spojovat praktického lékaře pro děti a dorost a orgán sociálně-právní ochrany dětí. Výzkum však poukázal na to, že případová konference není zcela v povědomí praktických lékařů pro děti a dorost a že se jí většinou neúčastní. Podobný výsledek se týkal i účasti na setkáních komise pro sociálně-právní ochranu dětí, kterých se žádná z respondentek nikdy neúčastnila, a většina z nich na ně nikdy nebyla zvána.

Poslední oblast výzkumu byla zaměřená na hodnocení spolupráce. Z výzkumu vyplynulo, že názor praktických lékařů pro děti a dorost na nynější a také dosavadní spolupráci s orgánem sociálně-právní ochrany dětí není jednotný. Nynější i dosavadní spolupráce je hodnocena spíše pozitivně, ale objevilo se i negativní hodnocení. Z výzkumu lze vyvodit, že kvalita spolupráce je do značné míry ovlivněna osobností člověka a individuálním přístupem každého pracovníka.

Spolupráce praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí při řešení péče o ohrožené dítě pojímá širokou oblast pracovních i mezilidských vztahů. V průběhu výzkumu vyvstalo několik následujících témat, které by se mohly stát předmětem mezioborové diskuze a námětem na zlepšení pracovních vztahů či pracovních podmínek na obou stranách.

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že je možné najít prostor pro zlepšení v oblasti vzájemné komunikace. Určité možnosti v této oblasti navrhovaly některé respondentky, a to skrze účast zástupců orgánu sociálně-právní ochrany dětí na seminářích nebo konferencích praktických lékařů pro děti a dorost, kde by mohli vystoupit s případnými připomínkami nebo problémy, se kterými se potýkají v praxi. Byla by to možnost, jak hledat společně řešení pro některé problémy, například ohledně vhodnějšího nastavení pravidel a povinností týkajících se vzájemného předávání informací. Poskytování zpětné vazby by mohlo být také podnětem k zamyšlení a následně hledání vyhovujícího řešení, které by ve výsledku lépe podpořilo lidskou angažovanost, která je v této oblasti jistě více než žádoucí.

Efektivní mezioborová spolupráce je mnohdy výsledkem dlouholetého úsilí. Nepochybně jde o spojení více faktorů. Důležité je osobní nastavení, schopnosti, snaha, vůle a jistě by se dalo v seznamu pokračovat dále. To vše se musí setkat s dobrou vůlí a podobným nastavením na druhé straně. Ovšem nejsilnějším spojovacím prvkem, který by měl odsunout stranou

všechna negativní zákoutí ve spolupráci praktického lékaře pro děti a dorost a orgánu sociálně-právní ochrany dětí, je společný zájem a v tomto případě je to zájem a ochrana dítěte.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BECHYŇOVÁ, Věra, 2011. Zanedbávání péče o dítě a sanace rodiny. In: BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 89-101. ISBN 978-80-262-0031-4.
- [2] BECHYŇOVÁ, Věra et al., 2015. *Multidisciplinární spolupráce při řešení syndromu CAN v Plzeňském kraji: Metodické doporučení*. Praha: ACADEMIA IREAS, 60 s.
- [3] BECHYŇOVÁ, Věra, 2012. *Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. Praha: Portál, 160 s. ISBN 978-80-262-0181-6.
- [4] BECHYŇOVÁ, Věra, 2014. Syndrom CAN v praxi a podpora mezioborové spolupráce při jeho řešení. In: BĚCHYŇOVÁ, Věra et al. *Nové poznatky v syndromu CAN a multidisciplinární spolupráce: Sborník Prezentací ze seminářů*. Praha: IREAS, s. 13-17.
- [5] BLAŽEK, Karel a Miloš VELEMÍNSKÝ, 2010. *Prevence úrazů, otrav a násilí: Některé problémy sociální práce v primární pediatrické péči*. Dobrá Voda u Českých Budějovic: Tiskárna Jihočeský Inzert Expres, 6(2). ISBN 1804-7858. ISSN 1801-0261.
- [6] BRADÁČOVÁ, Jana, 2015. *Metodika multidisciplinární spolupráce*. IS EFS-2014. Reg. č. CZ.1.04/3.1.03/C2.00003.
- [7] BŘICHÁČEK, V., 1999. Zdraví jako biosociální jev. In: DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, s. 27-30. ISBN 80-716-9254-9.
- [8] BUTCHART, Alexander a Susan HILLIS, 2016. *Inspire: Seven Strategies for Ending Violence Against Children* [online]. Geneva: World Health Organisation [cit. 2018-10-03]. ISBN 978 92 4 156535 6. Dostupné z: <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/inspire-seven-strategies-ending-violence-against-children>
- [9] CIMRMANNOVÁ, Tereza, 2013. Role lékaře v kontextu domácího násilí. In: CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, s. 115-135. ISBN 978-80-246-2205-7.
- [10] CIMRMANNOVÁ, Tereza a Sylvie STRETTI, 2013. Krize dítěte v kontextu rodinného násilí. In: CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, s. 145-177. ISBN 978-80-246-2205-7.
- [11] ČESKO. Zákon č. 359 ze dne 9.12.1999 o sociálně-právní ochraně dětí. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1999, částka 111, s. 7662-7681. ISSN 1211-1244.

- [12] DUNOVSKÝ, Jiří, 1999. Vývoj a pojetí sociální pediatrie. In: DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, s. 9-26. ISBN 80-716-9254-9.
- [13] DUNOVSKÝ, Jiří, 1995. Co je to syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. In: DUNOVSKÝ, Jiří. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, s. 15-24. ISBN 80-7169-192-5.
- [14] HRUBEŠ, Jan, 2014. *Práce s rodinami v sociálně vyloučených lokalitách: Metodika*. Praha: Úřad vlády ČR – Odbor pro sociální začleňování (Agentura). ISBN 978-80-7440-093-3.
- [15] CHÁBOVÁ, Tereza a Oldřich MATOUŠEK, 2017. Spolupráce profesionálů a organizací. In: *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál, s. 105-1205. ISBN 978-80-262-1242-3.
- [16] JANKOVSKÝ, Jiří, 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. In: JANKOVSKÝ, Jiří et al. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 7-13. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [17] JURÍČKOVÁ, Lubica a Kateřina IVANOVÁ, 2015. Metodologie kvalitativního výzkumu. In: VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 100-118. ISBN 978-80-244-4770-4.
- [18] KOLAJOVÁ, Lenka, 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 144 s. Poradce pro praxi. ISBN 80-247-1764-6.
- [19] KONVIČKOVÁ, Marta, 2011. Zanedbávání péče o dítě a sanace rodiny. In: BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Vyd. 2. Praha: Portál, s. 35-51. ISBN 978-80-262-0031-4.
- [20] KOVAŘÍK, Jiří a Hana PAZLAROVÁ, 2013. Posuzování situace a potřeb ohroženého dítěte. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, s. 221-241. ISBN 978-80-262-0213-4.
- [21] KUKLA, Lubomír a František SCHNEIBERG, 2016. Co je to syndrom CAN. In: KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, s. 363-384. ISBN 978-80-247-3874-1.
- [22] KUKLA, Lubomír a František SCHNEIBERG, 2016. Od biomedicínského k psychosociálnímu chápání nemoci. In: KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, s. 9-10. ISBN 978-80-247-3874-1.

- [23] KUKLA, Lubomír, Miloš VELEMÍNSKÝ sen. a Miloš VELEMÍNSKÝ jun., 2016. Zdraví dětí a dospívajících – faktory ovlivňující zdraví. In: KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, s. 11-97. ISBN 978-80-247-3874-1.
- [24] KUKLA, Lubomír et al., 2016. Děti vyžadující speciální péči. In: KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, s. 177-206. ISBN 978-80-247-3874-1.
- [25] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- [26] KVĚTENSKÁ, Daniela, 2014. Ohrožené dítě a jeho rodina. In: LAŠEK, Jan et al. *Čtyři pohledy na rodinu*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 72-88. ISBN 978-80-7435-531-8.
- [27] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 368 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- [28] LINDEROVÁ, Ivica, Petr SCHOLZ a Michal MUNDUCH, 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 62 s. ISBN 978-80-88064-23-7.
- [29] MATOUŠEK, Oldřich, 2015. Děti v rozvodové situaci. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Děti a rodiče v rozvodu: manuál pro zúčastněné profesionály a rodiny*. Praha: Portál, s. 25-30. ISBN 978-80-262-0968-3.
- [30] MATOUŠEK, Oldřich, 2016. Profese pracovníka OSPOD a její rámce. In: MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, s. 35-51. ISBN 978-80-246-3336-7.
- [31] MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ, 2014. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny: v kontextu plánování péče*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 216 s. ISBN 978-80-262-0522-7.
- [32] MATOUŠKOVÁ, Ivana a Dana VRABCOVÁ, 2015. Vhodné podmínky pro fungování multidisciplinárních týmů. In: JANKOVSKÝ, Jiří et al. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 20-27. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [33] MEDIAN, s.r.o. a kol., 2016. *Stav české rodiny, co jí chrání a ohrožuje: závěrečná zpráva z výzkumu*. Praha: Nadace Sirius, 84 s. ISBN 978-80-906468-1-0.

- [34] MICHELOVÁ, Radka, 2015. Etika a multidisciplinární tým. In: JANKOVSKÝ, Jiří a et al. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 34-53. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- [35] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- [36] MPSV, 2014. *Manuál implementace: Vyhodnocování situace dítěte a rodiny individuálního plánu ochrany dítěte* [online]. MPSV [cit. 2019-05-14]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/14319>
- [37] MPSV, 2011. *Manuál k případovým konferencím*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 44 s. ISBN 978-80-7421-038-9.
- [38] MUNTAU, Ania, 2014. *Pediatric*. 2. české vyd. Praha: Grada, 608 s. ISBN 978-80-247-4588-6.
- [39] PAZLAROVÁ, Hana, 2013. Sociálně-právní ochrana dětí. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 459-460. ISBN 978-80-262-0366-7.
- [40] PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK, 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
- [41] PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK, 2016. *Zanedbávání dětí: příčiny, důsledky a možnosti hodnocení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5695-0.
- [42] RACEK, Jindřich, Hana SOLAŘOVÁ a Alena SVOBODOVÁ, c2014. *Vyhodnocování potřeb dětí: praktický průvodce: metodika vyhodnocování*. Praha: Lumos Foundation, 29 s. ISBN 978-80-260-5521-1.
- [43] REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 192 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- [44] SEIFERT, Bohumil a Libuše ČELEDVÁ, 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2082-4.
- [45] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
- [46] ŠTĚPANÍK, Petr, 2017. Dítě týrané nebo zneužité blízkým dospělým. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Dítě traumatizované v blízkých vztazích: Manuál pro profesionály a rodiny*. Praha: Portál, s. 21-28. ISBN 978-80-262-1242-3.

- [47] TRUELLOVÁ, Iva, Eva VANÍČKOVÁ a Věra NOVOTNÁ, 2016. *Včasná detekce dětí ohrožených násilím*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-27-0.
- [48] ÚLEHLOVÁ, Dagmar, 2009. *Problematika domácího násilí pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 116 s. ISBN 978-80-7013-502-0.
- [49] ÚZIS ČR, 2018. *Zdravotnická ročenka České republiky 2017: Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. 203 s. ISSN 1210-9991.
- [50] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [51] VACULÍKOVÁ, Kateřina, 2014. Spolupráce organizací při práci s ohroženými rodinami. In: MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s. 37-41. ISBN 978-80-262-0697-2.
- [52] VEČERKA, Kazimír a Markéta ŠTĚCHOVÁ, 2015. *Preventivní praxe po novelizaci zákona o sociálně-právní ochraně dětí*. Praha: Institut pro kriminologii a sociální prevenci. Studie (Institut pro kriminologii a sociální prevenci). ISBN 978-80-7338-152-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- OSPOD Orgán sociálně právní ochrany
- PLDD Praktický lékař pro děti a dorost
- WHO World Health Organization
- CAN Child Abuse and Neglect

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Informace o respondentech.....	40
Tabulka 2 Kategorie.....	43

